



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - CCHLA
NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS,
CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

SHIRLENY DE SOUZA OLIVEIRA

**A SAÚDE NO ÂMBITO PRISIONAL FEMININO: análise acerca da implementação da
Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no contexto de
João Pessoa/PB**

JOÃO PESSOA

2016

SHIRLENY DE SOUZA OLIVEIRA

**A SAÚDE NO ÂMBITO PRISIONAL FEMININO: análise acerca da implementação da
Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no contexto de
João Pessoa/PB**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, com área de concentração em Direitos Humanos e Democracia: Teoria, História e Política, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, como critério, parcial, para obtenção do título de Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista

JOÃO PESSOA

2016

O48s Oliveira, Shirleny de Souza.
A saúde no âmbito prisional feminino: análise acerca da
implementação da Política Nacional de Atenção Integral à
Pessoa Privada de Liberdade no contexto de João Pessoa-PB/
Shirleny de Souza Oliveira.- João Pessoa, 2016.
130f.
Orientador: Gustavo Barbosa de Mesquita Batista

UFPB/BC

CDU: 342.7(043)

SHIRLENY DE SOUZA OLIVEIRA


**A SAÚDE NO ÂMBITO PRISIONAL FEMININO: análise acerca da implementação da
Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no contexto de
João Pessoa/PB**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, com área de concentração em Direitos Humanos e Democracia: Teoria, História e Política, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, como critério, parcial, para obtenção do título de Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Aprovada em:

29/07/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Adriana Dias Vieira
Universidade Federal da Paraíba - CCJ/UFPB
Examinadora Externa



Prof.ª Dra. Maria de Nazaré Tavares Zenaide
Universidade Federal da Paraíba – PPGDH/UFPB
Examinadora Interna



Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista
Universidade Federal da Paraíba – PPGDH/UFPB
Orientador

À Juarez Pereira e Inácia Maria.

AGRADECIMENTOS

Chega-se ao findar de mais uma etapa acadêmica e, nesta caminhada composta por experiências complexas e singulares, reconheço a necessidade de mencionar pessoas queridas que, de alguma forma, foram partícipes desta trajetória. Parafraseando Luiz Fernando Veríssimo, “ninguém é nada sozinho, somos o nosso comportamento com o outro” e, ao longo dos passados vinte e quatro meses, eu não poderia ser outra coisa senão grata,

Ao Prof. Dr. Gustavo Batista, pela oportunidade de produzir, sob sua orientação e contribuições, esta dissertação. Seu humor ímpar e, em geral, motivador possibilitou a realização deste trabalho.

Aos familiares, por me instigarem a ser “resiliente”. Obrigada por suportarem as inconstâncias e compartilharem as conquistas como sendo também de vocês.

A Mario Pereira, pelo companheirismo e paciência infindável com que lidou a “fase mestrado”. Seu carinho foi essencial para agregar estímulo e resistência.

À Fabiana Rechembach, pela empatia e “adoção”. Sua camaradagem tornou-se imprescindível para (re)estabelecer os momentos de crises e continuidades recíprocas.

A Leandro Barbosa, pelo intercâmbio de ideias e colaboração inestimável.

Aos colegas Karine Oliveira, Williard Scorpion, Lucas Oliveira, Nikácio Júnior, por partilharem angústias, críticas e sinalizarem possibilidades.

À querida Andrea Souza por, junto comigo, formarmos uma e darmos trabalho por quatro. Sem dúvidas, nossas trocas e diálogos foram também fio condutor desta caminhada.

À Hanna Brito, pela sutileza poética e musicalidade com a qual (re)conduzes as epifanias cotidianas.

À Eveny Limeira, pela parceria que, mesmo separada por duas pós, se reafirma sempre por intermédio da “lei natural dos encontros”, deixando e recebendo um tanto, conforme diz a música.

À Lidyane Oliveira, Camila Grisi, Jéssica Talita, Jéssica Santos, Lucas Rosa e Leo Dantas. Pela amizade e consideração que persistiu às minhas ausências e limitações em algum momento nos últimos dois anos. Cada qual, ao seu modo, também fizeram parte da construção desta fase.

À Andressa Guimarães, pela sensibilidade, escuta atenta e por tornar as tramas da vida mais confortável.

Ao Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão pelo acolhimento, em especial, aos profissionais do setor de saúde pelas contribuições dadas à pesquisa.

À Anna Paula Batista e Jaciara Lima, estagiárias do Serviço Social do CRFMJM, por tornarem as manhãs de visitas sempre descontraídas e alegres.

À Solange Carvalho pela ajuda fundamental, disponibilidade e carinho de sempre.

À Gerência Executiva de Ressocialização - SEAP e à Coordenação de Saúde Penitenciária - SES por possibilitarem a realização do estudo de campo.

Por fim, e não menos importante, os agradecimentos se direcionam às professoras componentes da banca examinadora, Nazaré Zenaide e Adriana Dias, pela disponibilidade e considerações.

*Do rio que tudo arrasta, diz-se que é violento. Mas ninguém chama
violentas às margens que o comprime.*

Bertold Brecht

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

Art.- Artigo

CAIS - Centro de Atenção Integral à Saúde

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CEDC – Centro Especializado em Diagnóstico do Câncer

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

COCA - Centro Odontológico de Cruz das Armas

CF – Constituição Federal

CNPCP- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CRFMJM – Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

GER- Gerência de Ressocialização

INFOPEN– Sistema Integrado de Informações Penitenciárias

LEP- Lei de Execução Penal

MJ- Ministério da Justiça

ONGs- Organizações Não Governamentais

ONU- Organização das Nações Unidas

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade

PNAMPE - Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressa do Sistema Prisional

PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PNSSP- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPF - Penitenciária de Psiquiatria Forense

PSP - Programa de Saúde Penitenciária

SEAP- Secretaria de Administração Penitenciária

SES – Secretaria do Estado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Avaliações sobre as condições do PSP

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Taxa de pessoas para cada mil presos

RESUMO

Este trabalho possui como intento o desenvolvimento de uma análise acerca da implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) direcionada ao cárcere feminino de João Pessoa/PB. Trata-se de um estudo de caso, situado no âmbito das ciências sociais, o qual foi realizado junto à Secretaria do Estado de Saúde (SES), Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) e Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão (CRFMJM), com o intuito de identificar impasses e possibilidades no que se refere ao planejamento, execução e monitoramento das ações e serviços de saúde endereçados à penitenciária supramencionada. Para tanto, o percurso metodológico contou com uma pesquisa documental de dados oficiais, bibliográfica e de campo. Assim, por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas, chegou-se à produção de dados qualitativos, os quais foram de grande relevância por possibilitar articular o discurso institucional das Secretarias – no que se refere à gestão e monitoramento das ações de saúde –, com o dos profissionais da equipe multidisciplinar *in loco* – em nível de execução da política e promoção dos serviços. Por fim, a interpretação dos dados versaram sobre aspectos relacionais à implementação da PNAISP no CRFMJM. Assim, as informações coletadas foram concatenadas a partir do estabelecimento das categorias analíticas que se seguem: Contribuições para a promoção de uma saúde humanizada; Dificuldades enfrentadas no interior do PSP; Ações de controle e/ou redução dos agravos de saúde; Participação dos profissionais em Cursos de Capacitação Continuada; Percepção da saúde vinculada ao processo de ressocialização; Articulações com a Rede de Atendimento; e Avaliação e Monitoramento da Política de Saúde no CRFMJM.

Palavras-chave: Sistema Penitenciário; Política de Saúde; Direitos Humanos.

ABSTRACT

This study intends to develop an analysis in regards to the implementation of the National Policy of Comprehensive Care towards the Person Deprived from Freedom (PNAISP) directed to female prison in João Pessoa/PB. It is about a case study, within the social science studies, which was accomplished together with the State Department of Health (SES), State Department of Penitentiary Administration (SEAP) and the Maria Julia Maranhão Female Reeduction Center (CRFMJM) with the goal of identifying impasses and possibilities in which refers to planning, execution and monitoring of actions and health services addressed to the abovementioned penitentiary. Therefore, the methodological path relied on documental research of official, bibliographical and field data. Thereby, through the realization of semi-structured interviews, the production of qualitative data was achieved, which were extremely relevant to enable to articulate the institutional speech of the departments – in which refers to the management and monitoring of health actions -, with the multidisciplinary professionals team *in loco* - within the policy making level and promotion of services. Lastly, the data interpretation versed about aspects related to implementation of PNAISP in the CRFMJM. Thus, the information collected was concatenated from the establishment of analytical categories in the following: contributions for the promotion of a humanized health care.; Difficulties faced in the interior of the PSP; Control action and/or reduction of health problems; Participation of professionals in Capacity Building Courses; Health perception linked to the rehabilitation process; Articulations with the Customer Service Network; and evaluation and monitoring of the health policy in the CRFMJM.

Keywords: Penitentiary system; Health Policy; Human Rights.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - SUBSÍDIOS PARA A COMPREENSÃO DA PENA DE PRISÃO .. Erro!

Indicador não definido.1

1.1 - O SURGIMENTO DA PENA DE PRISÃO POR EXCELÊNCIA Erro! Indicador não definido.2

1.2 - TEORIAS DA PENA DE PRISÃO28

1.2.1 - Teorias Absolutas ou Retributivas Erro! Indicador não definido.1

1.2.2 - Teorias Relativas ou Preventivas Erro! Indicador não definido.0

1.3 - AFINAL, QUE PAPEL CUMPRE A PENA DE PRISÃO? Erro! Indicador não definido.

CAPÍTULO II - A POLÍTICA CRIMINAL E O SISTEMA PENITENCIÁRIO Erro!

Indicador não definido.0

2.1 - REFLEXOS DAS LÓGICAS POSITIVISTA E FUNCIONALISTA NA POLÍTICA CRIMINAL Erro! Indicador não definido.1

2.2 – O DECLÍNIO DO MODELO CORRECIONAL E OS RUMOS DA POLÍTICA CRIMINAL NA ATUALIDADE..... Erro! Indicador não definido.6

2.3 - PANORAMA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO E OS DIREITOS HUMANOS52

2.4 - ENCARCERAMENTO FEMININO E AS CONTRIBUIÇÕES DA CRIMINOLOGIA CRÍTICA59

2.5 – A POLÍTICA DE SAÚDE PRISIONAL63

CAPÍTULO III - A PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISES E REFLEXÕES 66

3.1 - METODOLOGIA 67

3.2 - A PESQUISA DE CAMPO 72

3.3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PNAISP NO ESTADO DA PARAÍBA 75

3.4 - CATEGORIAS ANALÍTICAS DOS DADOS COLETADOS 80

3.4.1- Contribuições para a promoção da saúde humanizada..... 80

3.4.2- Dificuldades enfrentadas no interior do PSP 83

3.4.3- Ações de controle e/ou redução dos agravos de saúde	85
3.4.4- Participação dos profissionais em Cursos de Capacitação Continuada	92
3.4.5- Percepção da saúde vinculada ao processo de ressocialização.....	99
3.4.6- Articulações com a Rede de Atendimento.....	102
3.4.7-Avaliação e monitoramento da Política de Saúde no CRFMJM	105
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 109
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.2
APÊNDICES.....	120
ANEXOS	127

INTRODUÇÃO

Interessa ao presente trabalho investigar, especificamente, a implementação da política de saúde penitenciária no contexto do cárcere feminino de João Pessoa/Paraíba, buscando descortinar seus desdobramentos práticos desde a esfera da gestão de ações a serem empreendidas até sua efetivação em campo. Trata-se de examinar o quanto as falhas e limitações institucionais, rotineiras e humanas nos âmbitos da gestão e da execução prejudicam a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP).

Neste sentido, faz-se necessário frisar que, mesmo considerando a existência da PNAISP a qual foi normatizada em Abril de 2014, inicialmente, o estudo possuía como propósito analisar a efetivação das Diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que era o que se tinha até então como referencial da promoção de saúde direcionada às prisões no Estado da Paraíba. Entretanto, no decorrer da elaboração deste trabalho, a Paraíba passou a aderir à PNAISP a partir de 03 de Junho de 2015 por meio da Portaria 675. Assim, o objeto da pesquisa migrou da efetivação do PNSSP para a implementação da PNAISP. Desse modo, tanto o objeto quanto o título - que inicialmente se chamava “*A saúde da mulher sob custódia: análise acerca da efetividade das diretrizes do Programa Nacional de Saúde Penitenciária em João Pessoa/PB*” – mudaram, mantendo-se apenas o Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão como campo de operacionalização a ser investigado.

Assim, salienta-se que o PNSSP tinha, por finalidade, estabelecer ações destinadas às pessoas em privação de liberdade, prestando, dentre outros objetivos, assistência integral e contínua de promoção à saúde, estabelecendo medidas de proteção e prevenção. Cabe ressaltar que, quando instituído em 09 de Setembro de 2003, o Plano foi alicerçado pela Constituição Federal de 1988 e a Lei de execução Penal de 1984 em consonância com a Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS (nº 8.080 de 1990) e que dispõe sobre a participação da comunidade em sua gestão (nº 8.142 de 1990). Tratava-se de uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Justiça e da Saúde, os quais também contavam com o suporte dos Conselhos Nacional e Municipal de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP).

A PNAISP, por sua vez, trata-se de uma política que derivou do Plano, mantendo os objetivos que já estavam previstos no PNSSP e ampliando a noção de garantia ao acesso dos serviços e ações de saúde. Isto é, o Plano ainda deixava uma lacuna no que se refere à noção

de universalização dos serviços prestados com base nas diretrizes do SUS, direcionando apenas às pessoas reclusas. Lermen et. al (2014) sinaliza que com a PNAISP, por sua vez, expandiu-se a noção de garantia e acesso a este direito, incluindo o contingente de pessoas que também caracterizam o âmbito prisional: agentes de segurança, familiares dos reeducandos, etc.

A PNAISP representa um expressivo avanço na atenção à saúde da população prisional, bem como amplia a noção de garantia de direitos sociais. Assim, ao estender o foco anteriormente dado pelo PNSSP, o público-alvo da política abrange a amplitude dessa população, ou seja, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Outro avanço da PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção aos agravos de saúde. A partir desse marco, a saúde passa a ser garantia não apenas à população privada de liberdade, mas a todos aqueles que circulam os espaços prisionais, o que representa uma ampliação do entendimento de quem tem direito e do acesso às políticas de saúde no cárcere (*ibidem*, p. 916).

É possível caracterizar, dentre as suas Diretrizes, que a Política de Saúde Penitenciária deve ser efetivada com base em ações que objetivem a integralidade dos serviços (executando as atividades de saúde nos níveis da básica à alta complexidade); a intersectorialidade (visando à parceria entre os diversos setores: segurança, justiça, educação, etc.); a hierarquização (articulada nos três níveis de gestores); a promoção da humanização (compreendendo a saúde como direito); e a participação social (primando pelo apoio e participação da sociedade civil).

Cabe lembrar, todavia, que é num cenário de extrema degradação e precariedade em que se encontram as prisões que tal política se destina. Também pertinente é considerar, nesse sentido, um breve panorama em que as políticas de um modo geral têm sido elaboradas para que se possa compreender os impasses e possibilidades de se efetivar a política de saúde no âmbito prisional.

Com a nova agenda datada pelo Consenso de Washington em 1989, as políticas de caráter neoliberal passaram a ser implementadas na maior parte dos países em desenvolvimento expressas por meio da política macroeconômica, desregulamentação dos direitos trabalhistas, privatizações de Empresas Estatais em setores estratégicos (petróleo, mineração, áreas de comunicação e energia) e desmanche da Seguridade Social.

Assim, embora a Constituição Federal Brasileira de 1988 tenha trazido avanços na garantia de direitos no que diz respeito ao tripé da Seguridade Social (Assistência Social,

Previdência Social e Saúde), após a reestruturação do Estado Brasileiro via contrarreformas¹ na década de 1990, ocorreu uma inoperacionalização de tais conquistas. Isto porque, a implementação residual das disposições da carta magna têm se dado por intermédio de políticas focalizadas na contenção da pobreza e com parcerias público-privadas, sendo geridas por Organizações Não Governamentais (ONGs) e entidades filantrópicas, cabendo ao Estado apenas o papel fiscalizador e do repasse financeiro (BOSCHETT; BEHRING, 2006).

Nesse sentido, no que tange à segurança pública, os investimentos têm sido meramente aplicados a medidas de encarceramento massivo e punições mais severas em detrimento da urgência de políticas referentes à educação, à garantia e ampliação dos direitos trabalhistas e ao fortalecimento da seguridade social, o que sinaliza a atuação de um Estado buscando remendar uma “ferida” relutante em estancar.

Desta forma, a problemática levantada pela presente proposta de trabalho diz respeito à promoção de saúde à comunidade extramuros em contraposição àquela destinada no contexto prisional. Se na sociedade em geral os atendimentos que se pretendem públicos, gratuitos e de qualidade estão cada vez mais precarizados, que tipo de ações estaria sendo operacionalizadas no interior do cárcere, especificamente no que concerne à política de saúde?

Não obstante, sendo a configuração do Estado Penal versus Estado Social, a tese principal sustentada por Wacquant (2012), observa-se que com respostas imediatas dadas a problemáticas complexas para diminuir a criminalidade investe-se em discursos de aumento do aparato policial velado pela lógica da lei e ordem. Entretanto, pouco é levado em consideração (para não dizer que nem sempre habita o centro dos debates) como se tem dado o processo de ressocialização dos presos, sobretudo as condições de vida no interior das instituições penais.

Com efeito, ao debruçar as atenções sobre a realidade prisional, questiona-se até que ponto a incorporação dos discursos de “penas humanizadas” não viria a ser uma falácia. A historiadora Michelle Perrot (1988), ao remeter-se a situação do sistema penitenciário da França no século XIX, já denunciara as degradantes condições ofertadas no interior das prisões dos anos de 1848. É possível observar, com base na referida autora, que já havia no

¹Neste trabalho, entende-se por reformas as mudanças as quais visem melhorias para a classe trabalhadora, porém as modificações operadas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) – extinguido em 1999 - na década de 1990 durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e endossadas nos mandatos dos governos do Partido dos Trabalhadores (2003 até o ano corrente), têm exposto um caráter de retirada dos direitos dos trabalhistas, portando, tratando-se de uma “contra”reforma. Para melhor compreender tal processo, ver: Behring (2003).

então período medidas em nível de substituição da “privação da vida” pela “privação da liberdade”, mas, com elas, todas as nuances advindas dessa transformação, leia-se: tratamento desumano.

Apesar da longínqua época, tal prenúncio pode ser utilizado para caricaturar o retrato majoritário das instituições penais no Brasil atual. Em Junho de 2014, com a custódia de aproximadamente 607.731 indivíduos² sendo, no entanto, capaz de abrigar apenas 376.669 presos do montante total, o Brasil chegou a ocupar o quarto lugar no rancking dos países superencarceradores mundiais (precedido pelos Estados Unidos, China e Rússia), segundo apontam as estatísticas do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen (BRASIL, 2015).

A pesquisa ainda revela que, diante do déficit de 231.062 vagas, há 300 presos para cada 100 mil habitantes no país. Neste panorama, a população carcerária feminina aumentou em mais de 500%, durante o período de 2000 a 2014 – o que reflete um crescimento no aprisionamento de mulheres maior que o masculino, o qual apresentou acréscimo em torno de 220%. Nessa conjuntura, a garantia do acesso às atividades contributivas para a promoção de um sistema humanizador, tampouco deixa de ser alarmante.

O relatório intitulado *A visão do Ministério Público sobre o sistema prisional brasileiro*³ descortina as condições inferiores de trabalho, materiais, assistenciais, de saúde, dentre outras presentes no universo prisional brasileiro, sinalizando que, “os dados colhidos espelham os graves problemas do sistema prisional do Brasil, que repercutem nas condições de vida de centenas de milhares de presos, definitivos e provisórios, e também nas condições de trabalho de milhares de agentes públicos (BRASIL, 2013, p. 24).

Nesse contexto, Andrade (2012) assevera que o sistema penal atua como mecanismo central do controle social. Nas palavras da autora, a chamada “clientela” das prisões possui características específicas, estereotipadas e é eleita através do discurso conservador, com recorte de classe e, sobretudo, legitimada através da lógica do modo de produção capitalista, e do discurso jurídico e institucional disseminado pela sociedade.

Isto é, elege-se a chamada classe perigosa, o contingente excludente desamparado pela seguridade social, para compor o cenário fétido das prisões. Não porque a sociedade

² Este dado diz respeito à contabilidade geral dos 579.423 presos do Sistema Penitenciário, junto com os 27.950 indivíduos das carceragens de delegacias e os 358 custodiados nas prisões federais.

³ **A visão do Ministério Público brasileiro sobre o sistema prisional brasileiro.** Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2013. Disponível em: <http://www.cnmp.gov.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Sistema%20Prisional_web_final.PDF>

como um todo não possa estar adepta a prática de infrações, mas porque a aplicação das penalidades possui critérios de seletividade. Assim,

A seletividade é, portanto, a função real e a lógica estrutural de funcionamento do sistema penal, comum às sociedades capitalistas patriarcais. E nada simboliza melhor a seletividade do que a clientela da prisão, ao revelar que a construção (instrumental e simbólica) da criminalidade – a criminalização – incide seletiva e de modo estigmatizante sobre a pobreza e a exclusão social, majoritariamente de cor branca e masculina, e apenas residualmente (embora de forma crescente) feminina (ANDRADE, 2012, p. 137-138).

No que se refere ao controle social, especialmente operado sobre a figura feminina, é possível constatar o crescimento de sua inserção nas prisões com base nas estatísticas divulgadas recentemente. O Infopen revelou que entre os anos de 2000 e 2014 houve um acréscimo em mais de 500% do contingente de mulheres no cárcere, o qual é caracterizado, em geral, por mulheres jovens, mães, de baixa escolaridade, responsáveis pelo sustento familiar e advindas das classes mais palperizadas da sociedade brasileira. O dado revela que, mesmo representando 6,4% dos 607.731 presos em geral, a população carcerária feminina cresceu mais que a total, a qual por sua vez, apresentou o aumento de 119% nesses últimos quinze anos (BRASIL, 2015).

Por fim, elencados estes aspectos, restaram as seguintes indagações, as quais foram utilizadas enquanto fio condutor desta pesquisa: como tem sido caracterizada a atuação da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária e Secretaria de Estado de Saúde frente à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) no Maria Júlia Maranhão? E como os desdobramentos dessa política têm sido refletidos na realidade prática dos profissionais de saúde alocados no PSP desta Instituição Penal?

A relevância deste estudo justificou-se por meio da disposição em contribuir com a produção do conhecimento científico, priorizando a importância do debate acerca da implementação das políticas públicas direcionadas à questão penitenciária, mais especificamente, buscando fortalecer as investigações concernentes à temática da promoção de saúde enquanto agente de ressocialização e promoção dos Direitos Humanos.

Assim sendo, levando em conta o Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão como lócus da pesquisa, buscou-se, direcionar uma investigação acerca das condições de funcionamento na Unidade de Programa de Saúde Penitenciária (PSP), a qual, em tese, objetiva atuar de modo contributivo na promoção de saúde e/ou efetivar ações educativas para o controle e/ou redução de agravos incidentes na população carcerária.

Como é sabido, os PSP's devem promover o mesmo serviço das unidades de saúde ofertadas pelo SUS no âmbito extramuros: promoção, prevenção e recuperação. Entretanto, não raro, a marca indelével estigmatizadora do cárcere traz consigo a ideia de que a pena deva ofertar condições proporcionais ao dano causado à vítima do crime, o que figura a lógica de que as pessoas reclusas devam receber um tratamento desumano e degradante por terem quebrado regras socialmente impostas e trazido danos à comunidade de um modo geral.

Para tanto, ao longo do primeiro capítulo, está estabelecida uma discussão acerca do nascimento da prisão como pena por excelência, indicando as funções ocultas e legitimadas socialmente da pena privativa de liberdade, bem como os impactos que tal instituição total causa à vida das pessoas que passam por ela.

Dando continuidade ao debate, o segundo capítulo traz consigo uma análise da política criminal de modo geral e, especificamente, no país a fim de desencadear aspectos necessários a compreensão da situação feminina no cárcere. Estudos com base na criminologia crítica e a importância do movimento feminista a esta também entrarão na discussão como subsídio para os argumentos teóricos.

O terceiro capítulo, por fim, descreve o percurso metodológico da pesquisa de campo, empreendendo a caracterização de aspectos relacionados à política de saúde no Estado da Paraíba e, especificamente, no Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão. Após a exposição das análises dos dados brutos recolhidos, esta parte do trabalho fornece nuances necessárias às considerações finais do estudo proposto.

CAPÍTULO I

SUBSÍDIOS PARA A COMPREENSÃO DA PENA DE PRISÃO

Ao estabelecer a caracterização do que vem a ser uma *instituição total*, Erving Goffman (1961) denota que, por aspecto geral, esse tipo de estabelecimento aglutina atividades como dormir, brincar e trabalhar num mesmo espaço demarcado, administrando todos os aspectos da vida dos sujeitos de modo central e submetendo-os a uma única autoridade.

Esse modelo institucional, por sua vez, pode ser tipificado em cinco formas: 1) as que são destinadas aos indivíduos considerados inofensivos e incapazes de cuidar de si mesmos, como as casas para cegos e abrigos para órfãos; 2) as que custodiam pessoas consideradas como uma ameaça à sociedade, embora não praticantes de atos intencionais, a exemplo dos sanatórios; 3) as que preconizam a realização de tarefas de modo adequado e padrão, como os quartéis e escolas; 4) bem como as que servem de refúgio humano, como os conventos e os mosteiros.

Cabe destacar, diante desta breve especificação que,

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo: em resumo, toda instituição tem tendência de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos (GOFFMAN, 1961, p. 16).

Assim sendo, o quinto tipo de instituição total, o qual servirá como objeto de análise do presente capítulo, diz respeito às prisões que, em linhas gerais, constitui um estabelecimento com espaço específico demarcado o qual possui a partir da idade moderna, a atribuição de “mudar pessoas”. Trata-se de compreender seu histórico, que função social desempenha e as nuances de suas objetivações na vida dos indivíduos.

1.1 O SURGIMENTO DA PENA DE PRISÃO POR EXCELÊNCIA

A prisão tem perpassado a história das sociedades ocidentais desde os mais remotos tempos. Não se tem conhecimento, ao certo, de quando foi datado o seu surgimento, conforme remonta Bitencourt (2001). Todavia, se antes da Idade Moderna ela era utilizada como elemento de custódia temporária para aplicação de um castigo posterior à sua “estadia”, é por volta do findar do século XVIII e início do século XIX que tal estabelecimento passa a ser incorporado como a essência do poder punitivo, segundo explicitado por Carvalho Filho (2002).

Conforme reconstitui Chiaverini (2009), no período da Idade Média, por conta da alta influência do clero e da nobreza, a pena era encarada como um mal retribuído, uma vez que se via como necessário submeter o indivíduo ao sofrimento sob a justificativa de se castigar um pecado cometido contra Deus e a Igreja. Junto a esta lógica da retribuição penal canônica, também era possível constatar a atuação do direito penal romano, sobretudo quando a justiça institucionalizada passou a operar o controle social sobre os pobres por meio de penas de morte e, quando não, gerar renda através do recolhimento de fianças dos que tinham condições financeiras.

Mas quando rompido com este cenário, a chamada “economia dos castigos”, assim denominada por Foucault (2012), no que diz respeito à adoção de estilos penais, técnicas disciplinares e táticas de poderes sobre os corpos foi reconfigurada de modo a substituir as práticas de suplícios, até então legitimadas nos séculos anteriores, pela utilização de tempo e tratamento humanizado ao indivíduo.

Destarte, tal mudança compreende uma guinada no protagonismo da prisão: quando a instituição deixa de ser “custódia” e passa a ser pena por excelência. Não obstante, para que se possam compreender os processos que culminaram na adoção da pena de prisão, é necessário valer-se de uma breve retrospectiva das condições histórico-sociais que propiciaram o desencadear da noção da pena por meio da privação da liberdade. Assim, parte-se de um recorte temporal o qual retrata o período compreendido entre o findar do feudalismo e a o surgimento da Idade Moderna.

Em linhas gerais, as revoluções burguesas foram desencadeadas após o recrudescimento da rebelia dos servos contra os senhores feudais junto a novos atores sociais da época, tais como camponeses e burguesia. Se inicialmente, na égide do feudalismo, conforme aponta Trindade (2011), a terra era a única fonte de sobrevivência e riqueza a qual

constituiu um modo de organização da produção social e da sociedade baseado numa rígida conjuntura de estratificação social; posteriormente, uma série de fatores contribuiu para o rompimento com esta estrutura societária.

Dentre alguns aspectos, o referido autor aponta as revoltas dos camponeses, diante das péssimas condições de subserviência e sobrevivência; a peste negra (que mesmo não determinando o declínio do feudalismo foi capaz de propiciar condições sociais decisivas para a rebelia dos servos); e a ascensão da burguesia.

Neste contexto, também se indica que, de início, eram genericamente denominados “burgueses” os moradores de pequenas cidades situadas nas rotas comerciais que passaram a se unir a pessoas “livres”, as quais haviam comprado a sua liberdade ou fugido de seus senhores, assim formando o conglomerado dos chamados “burgos”. Entretanto,

Aos poucos, uma parte desses cidadãos conseguiu acumular capital nas práticas do comércio, da usura [...] e da exploração da força de trabalho alheia [...] vindo a constituir uma pequena elite economicamente independente que, por não se ocupar de trabalhos braçais e ostentar um padrão de vida superior, se discernia da massa de habitantes dos burgos e das cidades maiores (*ibidem*, p. 24).

Assim, com a emergência da burguesia e das possibilidades políticas, sociais e econômicas que ela via diante de si, junto à identificação da intenção de ruptura dos camponeses com os laços senhoriais, as pressões contra as amarras da sociedade feudal impulsionaram a expansão do mercado, o aparecimento do trabalho assalariado, a produção de mercadorias e, conseqüentemente, o surgimento do capitalismo moderno e liberal.

Desse modo, novas razões político-ideológicas foram surgindo e propiciando principalmente a expansão da ideologia do progresso almejada e difundida pela própria burguesia. Com isso, já em tempos da invenção da máquina a vapor, do tear mecânico, das descobertas revolucionadas pela própria ciência e contestações aos dogmas da Igreja, por volta do século XVIII, Trindade (*op. cit.*) sinaliza que a sociedade já se propunha a contestar e desvendar mistérios além de reformular perspectivas.

Nessa dinâmica, especificamente, a Idade Moderna trouxe consigo um núcleo de pensadores, a exemplo de Condorcet, Voltaire, Locke, Rousseau, etc., proponentes a dar conta de sistematizar e explicar o mundo em sua volta. E assim, no campo filosófico, o cientificismo foi sendo incorporado como norte para embasar os anseios da sociedade e contestar os costumes e tradições até então vigentes.

Rousseau (1989), sendo um dos pensadores influentes desta época, na busca pela compreensão acerca da ordem social, constituiu a ideia de pacto social em oposição à noção

de direito natural, sinalizando que a ordem social é um direito alicerçado a partir do estabelecimento de uma convenção mútua. Desse modo, a ideia de contrato social passou a ser empreendida diante do entendimento de que este busca assegurar os direitos dos contratantes, haja visto o intento de preservação da vontade geral.

Neste ponto de vista, as leis entram em cena como o elemento central sob o discurso de garantia da liberdade e da igualdade entre os indivíduos. Desse modo, utilizado para beneficiar os anseios da burguesia, o castigo aparecia como resolução dos casos em que o contrato fosse quebrado. Importante também é destacar que em decorrência da ruptura do pacto, os atos passavam a ser considerados não só ilegais como também ações de pessoas irracionais por destoarem dele. Assim, pode-se dizer que a partir do contrato social eram estabelecidos os critérios para julgar um ato racional ou irracional.

De certo modo, influenciado pelo referido autor, Beccaria (2003), por sua vez, associa a noção de contrato social ao utilitarismo e inova com um conjunto de idéias que irão confortar, a partir de então, com a noção de punição instaurada nos séculos anteriores. Isto porque é a partir dele que se difunde a prevalência dos discursos humanizadores da pena. Com a substituição das sanções da pena capital e corporal dá-se, com ele, um passo para compreender o surgimento da aglutinação entre reabilitação e pena privativa de liberdade. Destaca-se, todavia, que apesar de apresentar indícios da bandeira reformadora da sanção penal, prevalecera a ideia de utilizar a prisão como finalidade punitiva.

Assim, Beccaria (*op. cit.*), ao receber grande aceitação dos pensadores e do público por trazer à tona ideias que condiziam com os anseios de sua época, torna-se o pensador mais influente da Escola Clássica do Direito Penal disseminando, por característica geral, a associação do crime ao livre arbítrio; destacando a noção de culpa; e justificando, com isso, a punição.

Nesse sentido, conforme figura Cancelli (2001),

Os clássicos postulavam, em primeiro lugar, que as condições socialmente determinadas conduzem ao comportamento desviado, razão pela qual todo indivíduo podia apresentar um comportamento desviado. O objeto da reflexão teórica não seria o autor, o criminoso, mas o ato criminal em si. Assim, os olhos deveriam estar voltados para a relação da sociedade com o indivíduo por meio da ação, ou seja, procura-se o tratamento do crime (daí o surgimento da penologia). [...] Para efeitos de diagnóstico, os males que levariam ao ato criminal seriam sociais. A pena convertia-se em castigo pelo crime (p. 35).

Em contraposição a esta ideia, já em torno das últimas décadas do século XIX, se expande a Escola Positiva Italiana fortemente influenciada pelas análises de Lombroso (2013)

e Ferri (2006) com a introdução da concepção do delito não só como uma patologia psíquica ou social, mas como uma “anormalidade” inerente ao chamado delinquente nato e determinada por um quadro atávico.

Então, ao invés de castigar o crime, como propunha a idéia da Escola Clássica, a Escola Positiva propunha a defesa social, intervindo diretamente no criminoso de modo preventivo ou repressivo. Dessa maneira, “dividindo os homens em vários tipos, dos quais cada um revelaria uma tendência inata, total, parcial ou mínima, o olhar da Escola voltava-se totalmente para o indivíduo do crime e para o seu comportamento” (CANCELLI, 2001, p. 33). Se antes as causas dos desvios eram compreendidas a partir da relação indivíduo-sociedade, neste momento, o crime passa a ser condicionado às análises de caráter individual e sociológico do fenômeno delitivo, portanto, demandando um tratamento terapêutico.

Identificação, submissão do indivíduo a estudo científico e tratamento através do isolamento passaram a compor a bandeira levantada pelos reformadores penais deste período. Assim, a prisão surge sob o discurso da punição aliada ao “tratamento humanizado”. Mas, as motivações de sua afirmação enquanto pena não se esgotaram apenas com a identificação deste detalhe, tendo em vista que este aspecto também deve ser concebido como passível a explicações e contestações.

Como a Idade Moderna “rompeu” com os laços teológicos e guinou suas teorias políticas e econômicas para o campo da racionalidade, a caridade e o sentimento de coletividade foram substituídos pelo individualismo e, com isso, “a mendicância, ainda que pacífica, passou a ser vista como crime grave de uma sociedade ansiosa por braços produtivos” (CHIAVERINI, 2009, p. 45).

Enguita (1989) descreve com clareza que no início do processo de industrialização, milhões de pessoas até então acostumadas com as possibilidades de subsistência no campo ou com outras formas de trabalho distintas recorrentes na Idade Média, a exemplo da manufatura, se viram a mercê do processo de imposição do trabalho fabril, o que desencadeou a migração de uma massa de trabalhadores rurais para as cidades em busca de condições de sobrevivência.

Como nem sempre essa migração era feita por espontânea vontade, já que uma gama de camponeses foi submetida a expropriações de suas terras, lhes cabiam a resistência a esta dinâmica, muitas vezes preferindo viver na indigência a ter que ceder aos moldes assalariados.

Já os que cediam, viam-se insatisfeitos com as condições fabris e tampouco alcançavam os parâmetros de uma qualidade de vida digna a partir do fruto de seu trabalho. Nessas situações, surgiam conflitos entre trabalhadores que decidiam reivindicar melhorias

aos patrões e, diante desses casos, tornara-se comum os patrões recorrerem ao aparato policial para solucionar a “rebeldia”.

Neste contexto, Enguita (*op. cit.*) detalha que o controle da força de trabalho já passara a ser veementemente operado pelas vias policial, judicial e legislativa com o intento de tratar os pontos de resistência individual ou coletiva, a pobreza e, principalmente, os casos de ociosidade, chegando à conclusão de que “tudo o que o pobre necessita fazer para se livrar do castigo é decidir-se a trabalhar, isto é, submeter-se às novas relações de produção” (p. 44).

A despeito disso, Melossi e Pavarini (2006) sinalizam o surgimento das leis dos pobres que previam da pena de morte à imposição ao trabalho forçado já no início do processo de afirmação do capitalismo como instrumento não só disciplinar, mas impositor da ética do trabalho operado através das *work houses* e *houses of corrections*. A Holanda, como exemplo disso, já em meados do século XVII consolidara o modelo de instituição *Rasp-huis* em sua forma mais desenvolvida. A partir de então, já era possível denotar que,

A criação desta nova e original modalidade de segregação punitiva responde mais a uma exigência conexa ao desenvolvimento geral da sociedade capitalista do que a genialidade individual de algum reformador – como frequentemente uma história jurídica entendida como história das idéias ou “história do espírito” tenta convencer-nos (*ibidem*, p. 39).

Os referidos autores também complementam que, já por volta do século XIX, sobretudo com as influências dos primeiros modelos de sistema penitenciário norte-americano, a exemplo de Auburn, foi se constituindo o compromisso com a estrutura social sob a ideia central, inicialmente, de submeter uma categoria subalterna à disciplina do trabalho. Todavia, o objetivo mais importante deste período foi a possibilidade de introduzir o trabalho produtivo nas prisões a fim de reduzir os custos de alguns setores industriais.

Nesta atmosfera, a privação da liberdade estabelecida conforme uma medida de tempo também encontrou sua razão de ser, tendo em vista que as pessoas passaram a dividir e controlar seu tempo para se inserir no contexto da vida social produtiva, como se pode observar a seguir:

Essa transformação na concepção do tempo será decisiva para a instituição da pena de prisão, que retira do condenado a presença pública e a autonomia da administração de seu tempo. Todavia, é preciso notar que, diante dos enormes relógios públicos controlando a dinâmica da vida, seguidos pelos relógios de bolso e finalmente pelos relógios de pulso, como algemas de uma vida que não espera a vontade, mas exige a todo momento a ação com finalidade produtiva, poucos são senhores de seu tempo e muitos são seus servos. De modo que a prisão será um instrumento de coerção, condicionamento e educação para a vida cronometrada da sociedade capitalista. O sino da igreja perde seus súditos para a precisão racional do

relógio burguês. Afinal, tempo é dinheiro e se o infrator pobre não tem dinheiro, que perca seu tempo em benefício do desenvolvimento da nação (CHIAVERINI, 2009, p. 43-44).

Com isso, falar sobre a reforma da prisão sem antes analisá-la criticamente em sua essência genealógica significa possivelmente não atentar para o fato de que o cárcere possui funções ocultas, as quais são capazes de refletir sentidos difusos e, até mesmo, opostos aos que predizem seus princípios. Assim, conforme elucida Foucault (2012, p.219),

A prisão não foi primeiro uma privação de liberdade a que se teria dado em seguida uma função técnica de correção; ela foi desde o início uma “detenção legal” encarregada de um suplemento corretivo, ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permite fazer funcionar no sistema legal.

Em tempo, apreende-se que ela constitui a peça-chave para os processos de sujeição, normalização e disciplinamento dos indivíduos, nas palavras do referido autor. É pertinente indagar, todavia, a seguinte questão: “sujeitar”, “normalizar”, “disciplinar” a quem? Desde que foi consolidada como pena por excelência já no início do século XIX, a instituição carcerária travestida do discurso “humanista” dos reformadores das Leis penais no século XVIII, trouxe consigo funções utilitárias.

A tese central sustentada por Rusche e Kirchheimer(2004) apresenta a análise de que punição e estrutura social possuem relações bastante imbricadas, sinalizando que o discurso de reforma ultrajado de “humanismo” entrou em contradição, inclusive diante das condições desumanas a que eram submetidos os indivíduos. Não obstante, a tese do *Less Eligibility*, a qual descreve que as condições no interior do cárcere devem ser inferiores às estimativas da vida estabelecida socialmente tendo em vista o caráter de “punição” em contraposição ao de “privilégios”, já denunciara a falácia de seus reformadores.

Por fim, elencados esses aspectos, faz-se necessário entender, segundo Santoro (2006) que “por todo o século XIX e boa parte do século XX, o trabalho e a sua ética foram o tecido conectivo das técnicas disciplinares, representaram o mecanismo integrativo da sociedade e, portanto, o instrumento de reinserção social” (p. 175), mas tais funções declaradas em torno das prisões deram uma guinada de sentido traduzindo um novo panorama vivenciado na contemporaneidade, conforme será abordado ainda neste trabalho.

1.2 TEORIAS DA PENA DE PRISÃO

De início, faz-se necessário esclarecer que não se pretende aqui esgotar profundamente um estudo acerca das características das Teorias da Pena de Prisão, mas descortinar detalhes importantes os quais podem servir como base para o entendimento das funções e finalidades da pena e as motivações que desencadearam seu surgimento.

Nesse sentido, apreende-se, conforme coloca Ferrajoli (2002) que há uma diferenciação entre fins e funções dados ao sentido da pena. Aqueles se referem aos objetivos que a sociedade busca alcançar através da aplicação de um castigo, enquanto às funções esgota-se a compreensão dos efeitos produzidos por ele.

Em outras palavras, sendo o estudo das teorias da pena uma oportunidade de se compreender e problematizar as funções e a aplicação da execução da pena privativa de liberdade, Hassemer (2005) complementa que a partir delas é possível formular respostas aos casos jurídico-penais, lançando considerações científicas importantes que servem como base para compor a Teoria do Direito Penal.

Não obstante, Bustos Ramirez (1982) sinaliza o imprescindível detalhe de que o tipo de pena adotado pela sociedade se relaciona com o modelo de Estado legitimado nela. Isto é, como a existência do Estado deriva de um contexto sócio-econômico específico, o Direito Penal se mostra intimamente ligado às características de Estado adotadas em cada modelo de sociedade. Com isso, a pena passa por transformações porque, sendo ela matéria do Direito Penal, corresponde à conjuntura política, socioeconômica e cultural em que se insere.

Assim, basicamente, as teorias da pena se subdividem em *Teorias Absolutas ou Retributivas*, reconhecidas pelo caráter de retribuição que incorporam à pena; e *Teorias Relativas ou Preventivas*, caracterizadas por duas orientações finalísticas, sendo elas a da *Prevenção Geral* e a da *Prevenção Especial*, conforme será abordado nos subitens que se seguem.

1.2.1 Teorias Absolutas ou Retributivas

As Teorias Absolutas, também conhecidas como Teorias Retributivas, possuem a característica de conceber a pena como um mal necessário. Isto é, trata-se da retribuição, por

meio de um castigo ao dano causado pelo indivíduo que cometeu um ato delitivo. Sob esta ótica, a pena aparece como um fim em si mesmo, objetivando promover a justiça. Assim, Hassemer (2005) assevera que às Teorias Absolutas não interessa os efeitos causados pela aplicação do castigo, pois elas se bastam na ideia de refletir moralmente uma vontade geral, valorando e lhe atribuindo sentido.

A análise já apresentada por Bustos Ramirez (1982) de correlacionar o tipo de pena com o modelo de Estado fica mais fácil de ser compreendida quando verificados os sentidos das Teorias Retributivas no Estado Absolutista em comparação com o Estado Liberal Moderno. Como no absolutismo o Estado constituía a atuação do rei soberano em representatividade da figura divina e, como nesse modelo de sociedade se misturavam as concepções políticas com as de religião, a pena tinha um caráter valorativo de expiação, tendo em vista que se tratava de uma retribuição ao pecado cometido diante de Deus e do soberano.

Com a racionalização da Idade Moderna, regida aos moldes da teoria do contrato social firmado para a promoção de uma vontade mútua, o Estado Liberal Burguês passou a significar a representatividade da vontade soberana do povo e, com isto, a pena se transformou numa retribuição à ordem jurídica, com o intento de promover a justiça às pessoas vinculadas ao pacto social, retribuindo o dano causado aos que quebravam o contrato.

Quando passaram por um processo de re-significação com a consolidação do Estado Liberal Moderno no Século XIX, tais teorias sofreram uma forte influência do idealismo alemão, sobretudo, representado pelas idéias de Kant e Hegel. Em outras palavras:

Viram-se relançadas no séc. XIX graças a duas versões laicas: por Kant, que entende ser a pena uma retribuição ética que se justifica por meio do valor moral da lei penal violada e do castigo que lhe é imposto, devendo ser aplicada tão somente porque houve a infringência da lei, sendo concebida, portanto, como um “imperativo categórico”; e, por Hegel, que entende, por sua vez, que a pena é uma retribuição jurídica, justificada pela necessidade de restaurar o direito, por meio de uma violência, em sentido contrário, que restabeleça o ordenamento legal violado, pois ao considerar o crime como a negação do direito toma a pena como a negação da negação, como anulação do crime e por isto, como restabelecimento do direito (PANTONI, 2008, *s/i*).

Diante disso, algumas objeções são destinadas às Teorias Retributivas, e a principal delas é postulada por Roxin (1998), o qual parte do entendimento de que a pena retributiva deva ser justa, portanto, tendo que considerar a gravidade do delito de modo proporcional à intensidade da pena aplicada. Todavia, a seu ver, não há como compensar por meio de um castigo a culpa do infrator, pois tal teoria não dispõe de uma explicação causal da necessidade punitiva. Em suma, não é fixado com clareza por que motivo e em que condições a pena deva

ser aplicada, há apenas a justificativa de que se deve lhe impor como “mal” necessário ao dano causado.

Dias (1999) também contribui criticamente contextualizando tais teorias no interior do Estado Democrático de Direito, o qual se pretende laico e plural, ao apontar uma clara contradição: como, nesse modelo de Estado, a pena ao invés de se propor à proteção de bens jurídicos, se destina a sancionar um “pecado”? Além disso, como elas se objetivam a atribuir uma finalidade à pena, sem ao menos se preocupar com os efeitos que esta pode causar?

Em outras palavras, não se preocupando com uma ação preventiva, a retribuição, por si só, não se mostra contributiva da noção de controle da criminalidade, já que ela se estabelece, conforme aponta Hassemer (2005) com a finalidade de compensação de um dano passado, diferente das teorias relativas, as quais visam uma intervenção por meio da prevenção futura (conforme será abordado a seguir).

1.2.2 Teorias Relativas ou Preventivas

Tomando como ponto de partida a ideia de que a privação de liberdade deve fomentar subsídios para prevenir o cometimento de delitos, as Teorias Preventivas propõem delinear o outro caráter político-criminal da pena de prisão. Nesse sentido, cabe caracterizar que tais teorias partem da premissa de que a pena não deva somente se traduzir na lógica da retribuição do “mal necessário” ao chamado delinquente, mas também, criar condições para que se promova, por intermédio da prisão, a regeneração do indivíduo (BALDISSARELLA, 2011).

Se na lógica das Teorias Absolutas o castigo é sancionado porque se delinqüiu, nas Teorias Relativas, a pena passa a ser imposta com o intento de evitar que o indivíduo volte a cometer um ato infracional. Assim, Ferrajoli (2002) sinaliza que as teorias relativas se consolidaram a partir do Iluminismo, de modo a fundamentar as bases do Direito Penal Moderno. Com isso, a pena não mais constitui como um fim em si mesmo e passa a ser estabelecida como um meio para se alcançar um fim: a prevenção.

Em complementação a esta ideia, Hassemer (2005) esclarece as diferenças entre as duas teorias, indicando que:

Para as teorias absolutas, o sentido da pena desenvolve-se a partir da *plenitude da teoria*, para as teorias relativas o sentido da pena desenvolve-se a partir da *imperfeição da realidade*. A exigência de pena, para as teorias absolutas, surge da ideia de justiça ou da vontade geral refletida moralmente, e para as teorias relativas ela surge da tendência dos homens em lesar os demais – prevenção geral –, e da deformação individual refletida no delito cometido – prevenção especial. As teorias absolutas praticamente não entram em contato com a realidade imperfeita, elas somente valoram e lhe atribuem sentido. As teorias relativas sempre se voltam à realidade; elas não podem se livrar da questão se a pena exerce ou não seus efeitos preventivo geral ou preventivo especial sobre a realidade imperfeita: se a pena realmente “soluciona” os casos jurídico-penais. Para as teorias absolutas, esta questão seria absurda [Grifos do autor] (p.372).

Destarte, cabe esclarecer que as Teorias Relativas ou preventivas, podem atribuir à pena um caráter inibitório ou uma finalidade educativa, o que faz com que possuam, por orientações finalísticas, duas subdivisões, sendo elas: a *prevenção geral* (positiva e negativa) e a *prevenção especial*.

Teoria Preventiva Geral

À Teoria Preventiva Geral é dado o significado de que o ato de criminalizar e impor um castigo aos “delinquentes” pode servir como instrumento de intimidação para os demais sujeitos da sociedade. De modo mais abrangente, a Teoria Geral Preventiva, segundo a análise de Hassemer (2005), se vale da relação que o Estado possui em regular a vida social, utilizando-se dos princípios iluministas da lógica do “livre-arbítrio” para impor normas a serem seguidas pela coletividade.

Em outras palavras a lógica da prevenção gera versa sobre a estimativa de que,

O Direito Penal apresenta uma solução para o problema da criminalidade, através da *ameaça de pena* anuncia à qual conduta do injusto pretende reagir, e através da *execução* da pena esclarece que ele avalia gravemente as suas ameaças. Deste modo o homem racional, calculador, fica sob uma coação que não atua fisicamente, como as correntes nas quais se deveria colocá-lo para impedir seguramente o crime, senão psiquicamente, sob a simples observação de que o crime punido não compensa [Grifos do autor] (HASSEMER, 2005, p. 403-404).

Ressalta-se que a Teoria Preventiva geral subdivide-se em Negativa, a qual possui um caráter intimidatório, por meio da coação psicológica; e Positiva, à medida que propõe uma finalidade pedagógica, buscando reafirmar e comunicar a coletividade acerca do sistema normativo. No primeiro caso, Bustos Ramirez (1982) explica que, sendo resultante do Iluminismo e, portanto, ressaltando-se a racionalidade do indivíduo e seu livre- arbítrio, supõe-se que, a todo momento o sujeito será capaz de ponderar a viabilidade de se cometer ou

não uma prática delitiva e, diante disso, a coação psicológica poderia ser eficaz imprimindo o medo do castigo à sociedade.

No segundo caso, quando afirmada a função pedagógica como princípio da Prevenção Positiva, Roxin (2008) aponta que a pena deveria imprimir três efeitos cruciais, sendo eles, o caráter pedagógico propagado através dos membros da sociedade; a motivação de uma confiança pelo Direito Penal; e a constatação de que a pena deva ser concebida como solução dos conflitos sociais.

Dentre as objeções formuladas a estas teorias, Hassemer (2005) identifica a existência de problemas normativos e empíricos. Na esfera normativa, é mostrado que em razão de seu caráter tecnocrático, a coação psicológica apresenta uma contradição à medida que o sujeito punível pelo delito cometido utilizado como exemplo para coletividade antes delinqüiu por irracionalidade do que propriamente por um “mal”, o qual precisaria ser retribuído. E, junto a este fator, se ele delinqüiu mesmo sabendo da ameaça da pena, isto indica que a teoria da coação psicológica não cumpre efetivamente com seus objetivos.

A despeito de tais aspectos, é possível complementar com a análise de que,

Para a teoria da prevenção geral, a ameaça da pena produz no indivíduo uma espécie de motivação para não cometer delitos. Ante essa postura encaixa-se muito bem a crítica que se tem feito contra o suposto poder atuar racional do homem, cuja demonstração sabemos ser impossível. Por outro lado, essa teoria não leva em consideração um aspecto importante da psicologia do delinqüente: sua confiança em não ser descoberto. Disso, se conclui que o pretendido temor que deveria infundir no delinqüente, a ameaça de imposição da pena, não é suficiente para impedi-lo de realizar o ato delitivo (BITENCOURT, 2001, p. 125).

No campo dos problemas empíricos, Hassemer (2005) retoma sua análise situando três pressupostos que devem ser utilizados como meio para se esperar os efeitos da teoria, mas que nem sempre são efetivados no campo prático, a saber: I. Todos os cidadãos deveriam ser informados dos fatores pelos quais se esperam o efeito da prevenção geral; II. A partir de tais fatores, deveriam ser motivados a uma conduta normativa; III. E tal motivação deveria ser encontrada e provocada, caso houvesse, de fato, eficácia do fator preventivo geral.

Entretanto, nem todos possuem conhecimento da norma social e, por essa razão, não há como agirem instruídos pela motivação esperada. E, segundo o referido autor, àqueles que têm conhecimento da norma não poderiam se esgotar tão somente na informação dos fatores de ameaça e execução da pena, mas também deveriam ser motivados a se comportarem em conformidade, o que também nem sempre ocorre.

Teoria Preventiva Especial

A Teoria Preventiva Especial destina-se ao indivíduo, especificamente, com o intuito de evitar a sua reincidência. Desse modo, na ideia central apresentada por Von Liszt (1994), um dos grandes impulsionadores da Teoria da Prevenção Especial, a pena deve, sobretudo, possuir o caráter ressocializador, em casos que se apresente necessário reeducar e corrigir o indivíduo; assim como, intimidar os que não precisem ser ressocializados; e/ou, por fim, inocuizar os considerados incorrigíveis.

Em outras palavras, a linha preventivo-especial,

[...] Não busca a intimidação do grupo social nem a retribuição do fato praticado, visando apenas aquele indivíduo que já delinuiu para fazer com que não volte a transgredir as normas jurídico-penais. Os partidários da prevenção especial preferem falar em *medidas* e não em *penas*. A pena, segundo dizem, implica a liberdade ou a capacidade racional do indivíduo, partindo de um conceito geral de igualdade. Já medida supõe que o delinquente é um sujeito perigoso ou diferente do sujeito normal, que deve ser tratado de acordo com a sua periculosidade. Evidentemente que o castigo e a intimidação não têm sentido. O que se pretende, portanto, é corrigir, ressocializar ou inocuizar [*Grifo nosso*] (BITENCOURT, 2001, p. 132-133).

Eis então que, na lógica especial preventiva, destaca-se o programa ressocializador como o grande protagonista dos fins da pena privativa de liberdade. Nesse sentido, para melhor compreendê-lo, devem-se considerar, inicialmente, três fatores os quais o impulsionaram no meio jurídico-penal e servem como base para caracterizar, de modo geral, a crença no caráter preventivo da pena de prisão.

Em primeiro lugar, a ressocialização, conforme explana Hassemer (2008), possui uma relação intrínseca à existência da pena privativa de liberdade, isto porque penas corporais e de morte, por si só, não possuem o elemento central existente na privação da liberdade: o aspecto temporal. Assim, com a reclusão, tornou-se primordial tratar questões concernentes ao tempo ocioso do condenado, um aspecto o qual reafirma que,

A imposição de penas privativas de liberdade atrai a necessidade indeclinável de uma teoria da ressocialização. A história da execução penal revela que o tempo livre do condenado sempre foi preenchido com técnicas de adaptação – seja “oração e trabalho” ou terapia social (*ibidem*, p. 232).

O referido autor denota que a aposta na expectativa de mudança do indivíduo também pode ser encontrada em outros tipos de penas, todavia, tal princípio se fundamenta

eminentemente na modalidade de privação da liberdade porque o estado punitivo se vê na necessidade de preencher o tempo livre do condenado no interior da prisão.

A respeito disso, Messuti (2003) indica, inclusive, o problema que reside em fixar o tempo necessário para estipular a pena de prisão, tendo em vista que não há como estimar o período temporal para “curar” o chamado delinquente, muito menos como se ter a absoluta certeza de que este já tenha alcançado a recuperação. Entretanto, é indubitável que o tempo se apresenta como peça chave da pena privativa de liberdade, afinal,

Na prisão confiamos ao tempo a execução da pena. O sujeito que, expulso da comunidade de pessoas, entra na prisão, não será o mesmo que sairá da prisão e se reintegrará a essa comunidade da qual foi expulso. O tempo (independentemente das condições em que transcorra) operará sua gradual transformação. Porque o tempo da pena, por mais peculiar que seja, escoa-se em comum com o tempo que transcorre livre de pena – o tempo de vida de um ser humano. E, na medida em que vão se descontando o tempo de pena, igualmente vão se descontando os anos de vida (*ibidem*, p. 50).

Ainda em conformidade com Hassemer (2008), outro elemento impulsionador do ideal de ressocialização e da busca pelos fins preventivos da pena, diz respeito à crença na racionalidade da observação e na mutabilidade do indivíduo. Trata-se da concepção de que é possível, por meio de intervenções especializadas, incidir no comportamento do chamado desviante e influenciar nas práticas do crime, bastando apenas dominar a intervenção empírica adequada.

Junto a esses elementos, também se pode encontrar um terceiro fator: o da legitimação do Estado Moderno e as respectivas funções de seu poder punitivo. Assim, a ressocialização aparece como uma investida justificada pela motivação do Estado em intervir nos direitos individuais e, a partir dele, surtir consequências positivas (HASSEMER, 2008). Em outras palavras,

Ela livra o estado punitivo da imagem de ódio do guarda do calabouço e divide com ele a dignidade do médico. A solução “curar ao invés de punir” não é somente um pleito derivado do sentimento de humanidade; ela é também a saída de emergência de uma crise de legitimação estatal, a qual conduz à certeza de que a execução penal será aquilo que um criminoso razoável deveria esperar para si (*ibidem*, p. 233).

Diante disso, identifica-se que, por um lado, a teoria especial apresenta uma característica importante a qual consiste em incorporar à pena um caráter humanista. No tocante a esse aspecto, Muñoz Conde (2005) descreve que o renascimento das idéias humanísticas e, até mesmo, o enfoque de um Direito Penal mais humanizado pautado na

promoção da ressocialização advieram da busca por caminhar no sentido contrário às atrocidades instauradas durante o período da Segunda Guerra Mundial.

Assim, ainda que, paralelamente a essa lógica, o referido autor alerte que as chamadas ciências da conduta e todo o aparato de controle social também tenham expandido de modo a fortalecer novas técnicas de manipulação comportamental, cabe ressaltar que foi introduzida no interior do trato da questão penitenciária a substituição da ideia de castigo e sofrimento pela de recuperação do indivíduo para a sociedade.

Tão logo, a aceitação do ideal de ressocialização passou a ser incorporada em diversos dispositivos legais pelo mundo. No Brasil, por exemplo, é possível encontrar os princípios do paradigma ressocializador já no Art. 1 da Lei Nº 7.210 de 11 de Julho de 1984 (Lei de Execução penal-LEP) o qual prevê que “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”.

Não obstante, conforme destaca Bitencourt (2001), do ponto de vista político-criminal, a Teoria da Prevenção Especial apresenta a possibilidade de conceber as circunstâncias pessoais que levaram o indivíduo ao cometimento do fato delituoso e, com isso, debruçar sobre ele possibilidades de intervenção para que não reincida. Entretanto, por outro lado, o próprio paradigma ressocializador enfrenta críticas as quais põem em cheque a sua efetivação no plano prático.

As críticas, em geral, versam sobre a impossibilidade de se desenvolver as medidas de “ressocialização” elegendo a prisão como meio para atingir as suas finalidades, tendo em vista que:

[...] Parte-se da suposição de que, por meio do tratamento penitenciário – entendido como conjunto de atividades dirigidas à reeducação e reinserção social dos apenados –, o interno se converterá em uma pessoa respeitadora da lei penal. E, mais, por causa do tratamento surgirão nele atitudes de respeito a si próprio e de responsabilidade individual e social em relação à sua família, ao próximo e à sociedade (BITENCOURT, 2001, p. 139).

Mas, reeducar o indivíduo para a liberdade, submetendo-o a condições de privação da própria liberdade? Eis então, uma das críticas assimiladas por Muñoz Conde (2008), quando postulado que a própria ideia de ressocialização supõe um processo de comunicação e interação entre o meio social e o indivíduo. Com isso, não há como surtir efeitos preparando o sujeito para o regresso à sociedade de modo isolado, tampouco esperar a aceitação deste pela sociedade, quando esta mesma sociedade o submeteu a um ambiente excludente e segregador.

Assim, é possível retomar esse argumento sinalizando que,

Mais precisamente: as penas privativas de liberdade *estigmatizam e desabitua* (*entwöhnt*). Elas mantêm os presos *isolados* não só em um espaço, mas também socialmente. [...] O preso é privado amplamente dos seus contatos íntimos e sociais. Ele é levado a um ambiente social que o mantém afastado dos problemas, nos quais ele fracassou fora do estabelecimento (que lhe criavam também novos problemas). Ele desaprende as técnicas sociais de convívio e de aprovação (e inclusive aprende outras). E ao término do tempo da pena ele volta, desabitua e estigmatizado a um mundo que se desenvolveu de acordo com as suas próprias leis [...] [*Grifos do autor*]. (HASSEMER, 2005, p.378)

Percebe-se, com isso, que a execução penal não providencia outra coisa, senão o isolamento e a neutralização do indivíduo, demonstrando o caráter contraditório dos efeitos que a ressocialização pode trazer ao apenado. Assim, não há nada que garanta a “cura” do chamado reeducando, através da privação de liberdade. Isto é, a ideia central não passa de uma espécie de carta de intenções para promover uma pretensa reeducação.

Demonstra-se que, ao ingressar numa instituição total, o indivíduo passa por um processo o qual Goffman (1961) denomina *mortificação do eu*, o que, em outras palavras, pode ser concebido como a submissão a várias formas simbólicas de desfiguração do *eu* as quais põem o indivíduo a se transformar conforme a nova realidade da vida interna.

Na verdade, o referido autor atenta para um importante aspecto: o que poderia ser chamado de processo de transformação de sujeitos (ressocialização) deve ser encarado como uma estratégia de controle dos indivíduos, por meio da tensão criada entre os costumes adquiridos no chamado mundo doméstico (externo à prisão) e os novos costumes assimilados no mundo institucional.

Em linhas gerais, ocorre que os sujeitos chegam com uma identidade construída de modo individual durante o convívio com a comunidade em geral e, ao adentrar na prisão, passam por um processo o qual o autor conceitua “desculturamento” junto com a assimilação de novos costumes. Desse modo, é importante destacar que uma instituição total não é capaz de substituir uma cultura já consolidada pelo indivíduo socialmente, mas pode introjetar mudanças de comportamentos por afastá-lo do convívio social e submetê-lo a um novo ambiente (mundo institucional).

Entretanto, voltando a questão central, que tipos de mudanças podem ser assimiladas no decorrer desse processo e, se elas coincidirão com os princípios do paradigma ressocializador, não há como prever. Por isso, até então, fala-se por toda parte em uma chamada *teoria da pena*, mas não necessariamente numa *práxis da pena*. Ocorre que com a privação da liberdade se oferecem teoricamente garantias no que concerne à esperança de se

realizar a recuperação do indivíduo, todavia, percebe-se que não há como garantir que esta recuperação ocorra de fato, na dimensão prática (HASSEMER, 2008).

Por fim, cabe destacar um aspecto contraditório presente nos princípios da Teoria preventivo-especial. Ressaltam-se a promoção de *medidas* ao invés de *penas*, conforme mencionado inicialmente. E, medidas, por si só, pressupõem o caráter de empenho pela recuperação ao invés de retribuição por meio de um castigo. Desta feita, conforme questiona Messuti (2003), por que motivo fixa-se o tempo da pena em função da gravidade do delito, em detrimento de um cálculo temporal necessário para aplicar o tratamento corretivo?

Assim, a respeito da relação existente entre a medida e a finalidade da pena, a referida autora argumenta que,

Em primeiro lugar, ambas se impõem ao sujeito, seja qual for a sua vontade. Em segundo lugar, não apenas na maioria dos casos são vivenciadas como um castigo, mas também, objetivamente, do ponto de vista social, são consideradas como consequências desagradáveis de atos reprováveis. Portanto, continua-se castigando, ainda que sem reconhecê-lo (MESSUTI, 2003, p. 48).

Conclui-se, com isso, que há uma contradição entre a medida fixada para a aplicação da pena e a finalidade atribuída a esta, tendo em vista que a duração da pena costuma ser estipulada pelo Direito Penal conforme a gravidade do delito praticado e, não, com vistas no tempo necessário pelo indivíduo para ser submetido a medidas corretivas e ingressar na sociedade posteriormente.

Por tudo o que foi elencado, percebe-se que, de certo modo, a Teoria da Prevenção Especial apresenta algumas falhas no que tange ao seu campo teórico-prático. Cumpre esclarecer que, nos dias atuais, o debate firmado em torno da prevenção especial precisa estar mais próximo da busca por medidas alternativas para que se possa evitar os efeitos “dessocializadores” da pena de prisão, do que da busca pela ressocialização como esta tem sido posta (BITENCOURT, 2015).

Por essa razão, apresenta-se como alternativa, as análises defendidas por Muñoz Conde (2005) o qual aposta, de modo imediato, na luta pela melhora e humanização do sistema penitenciário, lutando por um mínimo de dignidade dentro do cárcere; e, a longo prazo, primando pela transformação da realidade por meio de uma mudança estrutural da sociedade, já que não há como discutir “ressocialização” sem intercambiar as relações entre cárcere e sociedade.

1.3 AFINAL, QUE PAPEL CUMPRE A PENA DE PRISÃO?

Há um grande debate travado em torno da função da pena, explicado com base no enfoque jurídico por meio das teorias aqui já situadas. Como é sabido, em geral, tais teorias versam sobre a possibilidade de a prisão funcionar como instrumento combatente das práticas delitivas, podendo ser concebida de modo retributivo, intimidativo e/ou reeducador.

A despeito disso, todavia, Baratta (2011) atenta para uma análise com base na história e sociologia das instituições penais suscitando um debate que vai do “enfoque jurídico” ao “enfoque político-econômico”. Trata-se de reconhecer as contribuições trazidas pelos estudos de Rusche e Kirchheimer (2004) e Foucault (2012) como fio condutor para uma discussão eminentemente científica acerca do papel prisional. Assim, de um lado, o estabelecimento carcerário é compreendido com base no tipo de sociedade em que funciona e se desenvolve; e, de outro, a partir da função que cumpre perante esta sociedade.

Nesse sentido, chega-se ao entendimento de que as teorias da pena, por si só, tanto não proporcionam uma compreensão da punição dentro do contexto da dinâmica social, como não estabelecem uma análise dos fenômenos sociais inter-relacionados com as práticas de crimes e a motivação das escolhas éticas referentes ao seu combate (BARATTA, 2011).

Rusche e Kirchheimer (2004) sustentam a tese de que todo o sistema econômico de produção possui meios punitivos intrínsecos e funcionais à lógica de seu funcionamento. Implica-se dizer, com isso, que na sociedade capitalista as prisões desempenham um papel intercambiado com as relações do mercado. Tal premissa confirma-se, inclusive, com o estudo desencadeado posteriormente por Melossi e Pavarini (2006) quando demonstrado que, já na gênese do capitalismo, os ladrões, “vagabundos” e mendigos, produto da exclusão do sistema visto de modo defeituoso, eram levados para as *workhouses* como trato da exclusão social.

Foucault (2012), por sua vez, entende esta instituição como um mecanismo do controle disciplinar, concebendo que papel esta desempenha na sociedade ao lado de outras como a escola, os hospitais psiquiátricos, etc. Assim, a disciplina aparece como instrumento coercitivo e, sobretudo, como tática de poder para produzir corpos dóceis e úteis.

Seguindo essa ideia, nas palavras de Santos (2008), a prisão funciona sob uma lógica dupla de funcionamento e, por isso, deve ser compreendida com todas as suas nuances e o seu método de transformação dos indivíduos através da disciplina. Não se pode concebê-la, todavia, como produto da imaginação punitiva do homem, haja vista que seu funcionamento

possui relação direta com o núcleo ideológico de controle social formado nas exigências do mercado de trabalho e instituído como instrumento do poder disciplinar para adequar os indivíduos às necessidades do Capital.

Assim,

[...] A *disciplina* como método e o *panótico* como dispositivo de poder disciplinar, caracterizam a prisão como a principal *instituição auxiliar* da fábrica no interior da sociedade política – portanto, dentro do Estado, por sua vez, o mais poderoso veículo de controle social – enquanto na sociedade civil funcionam outras *instituições auxiliares* do capital responsáveis pela constituição psico-física e ideológica da *força de trabalho* como a família, a escola, a igreja, os sindicatos, os meios de comunicação, etc. (*ibidem*, p.501).

Pelo que foi dito, um aspecto comum encontrado entre os dois autores, conforme elucida Baratta (2011), versa sobre a maestria de considerar os estabelecimentos prisionais tanto como produto do próprio contexto social como sistema gestor de suas relações. Diferente das teorias da pena, quando compreendidas e orientadas apenas sob o ponto de vista jurídico, a historiografia e sociologia do cárcere possibilitam a compreensão, inclusive, da própria existência dessas teorias.

É possível denotar, diante de tais aspectos, que a prisão é uma instituição mutável ao longo dos tempos porque a própria sociedade passa por mudanças junto com suas relações de mercado e táticas de poder disciplinar sobre os sujeitos. Assim, sua função historicamente tem aparecido ora sob o discurso da defesa social, ora sob a concepção correccionalista e muitas vezes como um fim punitivo em si mesmo. Por isso, sinaliza-se a necessidade de compreender os aspectos econômicos, sociais, culturais e ideológicos de dado momento histórico para então, descortinar que papel a prisão desempenha neste contexto.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA CRIMINAL E O SISTEMA PENITENCIÁRIO

Os ninguéns

As pulgas sonham com comprar um cão, e os ninguéns com deixar a pobreza, que em algum dia mágico a sorte chova de repente, que chova a boa sorte a cântaros; mas a boa sorte não chove ontem, nem hoje, nem amanhã, nem nunca, nem uma chuvinha cai do céu da boa sorte, por mais que os ninguéns a chamem e mesmo que a mão esquerda coce, ou se levantem com o pé direito, ou comecem ano mudando de vassoura.

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.

Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo à vida, fodidos e mal pagos:

Que não são, embora sejam.

Que não falam idiomas, falam dialetos.

Que não praticam religiões, praticam superstições.

Que não fazem arte, fazem artesanato.

Que não são seres humanos, são recursos humanos.

Que não têm cultura, têm folclore.

Que não têm cara, têm braços.

Que não têm nome, têm número.

Que não aparecem na historia universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.

Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.

(GALEANO, 2002).

O presente capítulo traz consigo elementos analíticos acerca do panorama da política criminal na cena contemporânea, de modo a descortinar seu caráter seletivo, descartável e sua essência intrínseca com lógica gestacional da pobreza, proporcionando subsídios para a compreensão das cifras crescentes do contingente carcerário e a inserção da figura feminina no interior das prisões.

2.1 REFLEXOS DAS LÓGICAS POSITIVISTA E FUNCIONALISTA NA POLÍTICA CRIMINAL

De modo mais detalhado, a criminologia apresenta, como uma de suas funções, o objetivo de analisar as respostas sociais e legais dadas ao fenômeno delitivo, reconhecendo a existência de diversos modelos e paradigmas e sinalizando seus respectivos efeitos, fundamentos e pressupostos⁴.

Assim sendo, segundo Molina (2002), sob o ponto de vista da resposta ao delito, é possível identificar três modelos ou paradigmas os quais possuem focos e direcionamentos difusos e são eminentemente objeto de análise da criminologia crítica, a saber: o modelo “dissuasório” clássico; o modelo ou paradigma ressocializador; e o modelo integrador.

Diferentemente do primeiro e do último modelos que, respectivamente, estão reservados à prevenção da criminalidade e à reparação do dano e conciliação das relações sociais, o paradigma ressocializador se direciona ao objetivo de reinserir e reabilitar o indivíduo infrator de modo que não volte a reincidir.

Isto é, em tese, apreende-se que o ideal de ressocialização intenta,

[...] Pela neutralização, na medida do possível dos efeitos nocivos inerentes ao castigo, por meio de uma melhora substancial do seu regime de cumprimento e de execução e, sobretudo, sugere uma intervenção positiva no condenado que, longe de estigmatizá-lo com uma marca indelével, o habilite para se integrar e participar da sociedade, de forma digna e ativa, sem traumas, limitações ou condicionamentos especiais (MOLINA, 2002, p. 468).

Trata-se, em suma, da busca por minimizar os impactos causados pelo cárcere e pela aplicação do castigo, propriamente dita; para se criar condições que permitam ao indivíduo recluso retornar ao convívio em sociedade, de forma inclusiva e participativa. Para tanto, dispõe-se de técnicas e métodos de intervenção que vão desde a utilização de atividades de cunho terapêutico até a aposta em programas pedagógicos e laborais, teoricamente, considerando o consentimento e colaboração voluntária do indivíduo contraposta à ideia de imposição de “mudanças de personalidade”.

É necessário compreender, todavia, conforme explicita Molina (2002), que o próprio conceito de “ressocialização” é apresentado de modo heterogêneo, portanto impreciso, em

⁴ Para melhor compreender as funções da Criminologia, ver: MOLINA, Antonio García-Pablos de. **Criminologia**. 4 Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

virtude da existência de uma gama de posições doutrinárias⁵ e normativas que concebem diferentes e, por vezes, antagônicos objetivos, meios e técnicas de intervir no indivíduo que se encontra sob privação de liberdade.

É importante compreender, todavia, como já sinalizado no capítulo anterior, que a consolidação do programa de ressocialização teve suas bases nas escolas clássica e positiva se apoiando, sobretudo, no projeto da *Defesa Social*. Assim, como também já visto, o cárcere possui relações intrínsecas com as estruturas social e econômica e, para que se compreenda os projetos norteadores da política criminal, utilizar-se-á como exemplo, uma breve explanação acerca de dois modelos distintos da lógica correcional concebidos como norte para a resolução dos casos jurídico-penais, bem como a busca pelo combate a criminalidade.

De um lado, identifica-se um positivista penal o qual propõe o ideal da *Defesa Social*, introduzindo a ideologia do tratamento de modo fragmentado, à medida que detalha uma classificação antropológica dos sujeitos chegando a indicar a necessidade de direcionar-lhes tratamento diferenciado, quando não, determinando alguns indivíduos como irrecuperáveis.

De outro, percorre-se uma análise do ideal correcional sob o enfoque funcionalista, à proporção que se concebe a resolução das propensões criminais com a redução dos espaços de *anomia* e harmonização das estruturas econômicas e culturais no interior da sociedade.

Assim, no estudo sustentado pelo positivista Ferri (2006), constata-se uma valorização da lógica da prevenção geral, isto porque a punição aparece intimamente ligada à questão da defesa social. Por essa razão, quando em seu livro *Sociologia Criminal (op. cit.)* são fixados os princípios fundamentais do Sistema Positivista de Defesa Social contra o Delito, é possível denotar uma busca pela redução do número de criminosos através de “remédios” parciais e gerais.

Negando a existência do livre arbítrio e entendendo o crime como fenômeno natural, ao passo que defende a prática delitiva como sendo determinada por fatores telúricos, antropológicos e sociais, o referido autor supõe que *responsabilidade social* deveria substituir a ideia de *responsabilidade moral*. Isto é, o crime aqui é visto como uma resultante da patologia individual e social.

Assim, é defendido que o “remédio” contra a criminalidade não pode se esgotar na aplicação de uma pena pura e simplesmente. Dá-se, com isso, a alegação de que o aumento da criminalidade e, sobretudo, das taxas de reincidência devem ser utilizados como provas para

⁵Cf: GARCÍA-PABLOS DE MOLINA, Antonio. **Criminologia**. 4 Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

denominar que os sistemas clássicos se mostram inoperantes tanto no que concerne à defesa da sociedade quanto à chamada degeneração progressiva dos indivíduos.

Em outras palavras,

A justiça penal [...] deve, portanto, transformar-se em uma função de preservação contra a enfermidade do crime e fiar-se muito mais das medidas e do método de prevenção social que da violência de uma repressão sempre brutal, sempre impotente para suprimir ou para comprimir os efeitos, entretanto que se deixem subsistir as causas. Esta prevenção social que se funda na distinção entre a criminalidade atávica e a criminalidade evolutiva, poderá consistir para esta última utilização das energias rebeldes, canalizando-as em forma de atividade social: a respeito das impulsões patológicas da criminalidade atávica deverá consistir aquela na eliminação e na atenuação das causas de degeneração individual e social e em uma ordem econômica e social estabelecida em termos gerais (FERRI, 2006, p. 417).

Para tanto, os princípios fundamentais de Defesa Social por ele apresentado deveriam ser aplicados conforme três etapas, quando mesmo em casos que se foram tomadas as devidas medidas de prevenção social o fenômeno criminal ainda subsistir: I. Segregação por um tempo indeterminado; II. Reparação de Danos; III. Aplicação de meios defensivos às diferentes classes de delinquentes.

Dessa maneira, o primeiro princípio preconiza que, diante do acometimento de um fato delituoso, deve-se considerar o direito violado, o dano causado, o motivo determinante e a categoria antropológica do indivíduo. Para, com base nisso, retirar o sujeito do convívio em sociedade, perceber se este terá condições de se readaptar ou aplicar uma reparação do dano causado.

Assim, ainda em conformidade com os elementos elencados por Ferri (2006), a reparação do dano aparece em três modalidades, a saber: como obrigação; sanção substituta da pena privativa; e função social pertencente ao Estado. Por fim, estipulam-se a fixação de medidas defensivas às chamadas categorias antropológicas de criminosos, as quais ele subdivide em natos, loucos, habituais, de ocasião e por paixão.

A formulação da teoria da *anomia social*⁶, por outro lado, especificamente aprofundada por Merton (2002), explora o desvio dentro dos estudos sócio-estruturais através de uma análise essencialmente sociológica. Isto é, busca investigar os sujeitos propensos à prática de crimes, relacionando-os com o contexto da estrutura societária.

De antemão, faz-se necessário compreender, com base nas análises expostas em seu livro *Teoría y Estructura Sociales (op. cit.)*, que quando estabelecida uma desarmonia entre a

⁶Ressalta-se que o conceito de anomia foi inicialmente cunhado por Émile Durkheim e, para melhor compreendê-lo, indica-se: DURKHEIM, E. **O suicídio**. Estudo de Sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

estrutura social e a *estrutura cultural*, identifica-se que há uma incidência direta na *estrutura individual* dos sujeitos mediante o convívio em sociedade, impulsionando-os a condutas delitivas.

De modo mais detalhado, é importante esclarecer, com base no referido autor, que enquanto a estrutura cultural diz respeito aos objetivos historicamente estabelecidos no meio social; à estrutura social cabem os meios legítimos para alcançá-los. Portanto, quando essas duas metas estão equiparadas, isto é, se existem meios disponíveis para a obtenção de seus respectivos fins, há o que se pode denominar “sociedade harmônica”.

Estipulada esta lógica, chega-se à conclusão de que, em determinadas sociedades,

La cultura impone la aceptación de tres axiomas culturales: primero, todos deben esforzarse hacia las mismas metas elevadas, ya que están a disposición de todos; segundo, el aparente fracaso del momento no es más que una estación de espera hacia el éxito definitivo; y tercero, el verdadero fracaso está en reducir la ambición o renunciar a ella (*ibidem*, p. 217).

Não obstante, a *anomia* está situada no contexto em que há uma discrepância entre as estruturas sociais e culturais. Ocorre que nem sempre a estrutura cultural (como, por exemplo, a ascensão social) igualmente imposta a todos é diretamente proporcional à oferta e oportunidade de meios da estrutura social (trabalho no mercado formal). Desse modo, pode-se constatar que a conduta desviante não é explicada por determinação biológica ou pelo meio social, mas como resultante da desarmonia entre as estruturas.

Assim sendo,

Esta tendencia hacia la anomia no opera igualmente en toda la sociedad. En el presente análisis se han hecho algunos intentos para señalar los estratos más vulnerables a las presiones hacia la conducta divergente y descubrir algunos de los mecanismos que operan para producir esas presiones. A fin de simplificar el problema, se tomó, el éxito monetario como el principal objetivo cultural, aunque hay, naturalmente, otros objetivos en el almacén de valores comunes [...] (*ibidem*, p. 237).

Em outras palavras, quando a pressão anômica é exercida, o acesso aos meios legítimos pelas camadas mais inferiores da sociedade costuma ser menor que as demais classes sociais e, nesse contexto, as instituições reguladoras (a exemplo das prisões) se destinam a sanar o problema da desarmonia social, quando a conduta delitiva passa imperar como alternativa de “sobrevivência”.

Por essa razão, Merton (2002) assinala cinco tipos de adaptação individual aos valores culturais (*conformidade, inovação, ritualismo, apatia e rebelião*). Com isso, sinaliza que, de

modo geral, quando a pressão anômica para obtenção dos fins culturais é exercida num contexto em que os meios não são disponibilizados de modo uniforme, poucos indivíduos reagem de modo inovador; maior parte segue em conformidade com as normas pré-estabelecidas culturalmente; e outro montante rejeita os valores dominantes e se rebelam substituindo-os por novos valores (aqui, situando-se a cultura do crime).

Em suma, diante deste entendimento, a anomia traz consigo consequências as quais influenciam a conduta do indivíduo que passa pelo processo de adaptação sócio-estrutural, visto que,

En la medida en que una de las funciones más generales de la estructura social es suministrar una base para la predecibilidad y la regularidad de la conducta social, se hace cada vez más limitada en su eficacia a medida que se disocian los elementos de la estructura social. En el punto extremo, la predecibilidad se reduce al mínimo y sobreviene lo que puede llamarse apropiadamente anomia o caos cultural (*ibidem*, p. 239).

Desse modo, na perspectiva funcionalista do referido autor, compreende-se que o trato da questão do desvio pode ser resolvido através da diminuição da pressão anômica, à medida que se aumentam a incidência de indivíduos conformados com a cultura e predispostos a seguir as normas vigentes.

Os dois modelos supramencionados, apesar de serem distintos, trazem consigo constatações afins que merecem destaque. Em primeiro plano, se consagrando no universo jurídico e, em segundo, tornando-se, de modo corriqueiro, presente nas concepções do senso comum. Assim, tanto o funcionalismo de Merton encontrou seu lugar estabelecendo a dicotomia existente entre “ordem” versus “anomia”, quanto o paradigma da defesa social de Ferri se difundiu por meio de princípios incorporados pelo aparato penal.

A relação ordem – anomia bastou, por si só, para influenciar a concepção de uma sociedade calcada na idealização do crime encarado como um desvio da ordem social e culturalmente estabelecida. Ordem esta com suas normas “traídas”, “quebradas”, desrespeitadas, gerando, por conseguinte, descontrole e “desarmonia”. Diante de tal entendimento, promulga-se que a construção de uma sociedade coesa e “sadia” deveria resultar não só da aposta no fortalecimento de mecanismos normativos, como também da plena observância e conformidade dos indivíduos à eles para que a sociedade se estabelecesse na mais perfeita “harmonia”.

Já no que se refere às influências ideológicas da defesa social, muito do maniqueísmo traçado entre “bem” e “mal”, “normal” e “patológico” está embasado no entendimento de que

o delito promove um dano à sociedade e esta deve criar mecanismos, a exemplo da política criminal, para se defender, isto é, promover o bem, seja pelas vias da intimidação (prevenção geral), seja pela ressocialização (prevenção especial). Além disso, compreendendo o sujeito “delinquente” como portador de uma disfunção, denota-se a concepção deste como negativo e, portanto, passível de ajuste, conforme aponta Andrade (1999).

Baratta (2011) também sinaliza o papel que o Estado possui como ente legitimador desse ideal. Isto é, ele delega às suas instâncias oficiais como, por exemplo, a polícia, a magistratura e as instituições penais a incumbência de efetivar o controle social, punindo e gestando os indivíduos “malvados”, assim como reafirmando seu papel intimidatório e normativo como exemplar aos sujeitos “de bem”.

Ferla (2005) retrata com maestria as influências do modelo de defesa social positivista na medicina legal e criminologia através do recorte temporal referente aos anos de 1920 a 1945 na cidade de São Paulo. Por meio de sua pesquisa, foi possível chegar ao entendimento de que a adoção do modelo biodeterminista se expandiu da Europa para outras partes do mundo, assim chegando ao Brasil, após ter passado por uma série de transformações e adaptações.

Com isso, o programa da Escola Positiva trouxe consigo um ideal irrealizável, porém, bastante influente. Isto porque se levou em consideração que sua implantação incidiu nas ações dos agentes envolvidos e contribuiu para a expansão da medicalização da pena e a busca pela transformação das prisões em hospitais, a exemplo da criação do Manicômio Judiciário.

2.2 O DECLÍNIO DO MODELO CORRECIONAL E OS RUMOS DA POLÍTICA CRIMINAL NA ATUALIDADE

O debate travado a nível internacional por pesquisadores da área, dentre os quais se destacam Wacquant (2003; 2012), Bauman (1999; 2005) e Garland (2014), é deveras importante para compreender as mudanças nas estratégias e práticas punitivas nos últimos anos. Cada autor, ao seu modo, traz consigo elementos e abordagens diferentes, considerando aspectos sociais, políticos e econômicos, que podem servir como pano de fundo para compreender um denominador comum: o declínio da crença no ideal ressocializador e os rumos da política criminal.

Assim, David Garland (2014) busca desvelar a cultura do controle do crime na sociedade contemporânea, se utilizando do conceito de pós-modernidade junto com sua caracterização para indicar que esta trouxe consigo um modo peculiar de organização social e cultural do mercado incidindo diretamente nas formas de gestar respostas ao crime.

Descortinando aspectos históricos, penalógicos e sociológicos, o nominado autor indica que o campo do controle do crime passou a ser operado por dois eixos distintos que se correlacionam entre si como o controle formal (exercido pelas vias estatais do sistema penal) e o controle social informal (atribuído a iniciativas da sociedade civil).

Desse modo, este controle na atualidade indica a existência de um complexo de práticas que podem ser descritas desde o reforço de medidas de segurança privada e monitoramento interno das casas até o clamor por maior rigor penal no campo político. Com isso, depreende-se que próprio modo de organização da sociedade pós-moderna aliado à economia de mercado passou a afetar a implementação da política criminal.

Não obstante, os resultados dessas transformações, dentre outros, denunciam que:

Hoje em dia, os programas de reabilitação não mais reivindicam o *status* de expressão máxima da ideologia do sistema, nem mesmo a posição de objetivo primordial de qualquer medida penal. As sentenças condenatórias não são mais inspiradas por conceitos correcionais, tais como indeterminação e soltura antecipada. As possibilidades de reabilitação das medidas da justiça criminal são rotineiramente subordinadas a outros objetivos penais, especialmente, a retribuição, a neutralização e o gerenciamento de riscos (GARLAND, 2014, p. 51).

Isto posto, os fatores utilizados para caracterizar as mudanças nas práticas punitivas recorrentes nos últimos anos são considerados a partir do marco histórico as décadas de 1980 e 1990. Garland (*op. cit.*) infere que este período trouxe consigo importantes elementos para o controle do crime com grande visibilidade e apoio popular, em virtude do surgimento de um novo dilema: o aumento das taxas de criminalidade e as limitações do estado de justiça.

Nos anos anteriores à década de 1970, havia uma estrutura a qual o autor denomina de “penal-previdenciária que aliava a combinação do legalismo liberal e punição proporcional ao compromisso com o bem-estar, o correcionalismo e o saber criminológico. Em suma, modelo do previdenciarismo-penal articulava o controle do crime com a justiça criminal e as instituições sociais. Tratava-se de um período em que:

A capacidade estatal de impor “lei e ordem” veio a ser vista não como um poder hostil e ameaçador, mas como uma obrigação contratual, devida pelo governo democrático aos cidadãos respeitadores da lei. A garantia da “lei e ordem”, de proteção ao cidadão contra a violência, o crime e a desordem, se tornou um dos benefícios públicos cruciais conferidos ao povo pelo Estado (*ibidem*, p. 98).

Todavia, as décadas seguintes experimentaram uma crescente expansão dos índices de criminalidade e a abordagem penal-previdenciária perdeu força gradativamente, até que se instaurou um colapso na crença pelo correccionalismo sob o *slogan* do “nada funciona”. Com isso, a prisão “deixou de ser uma instituição correccional desacreditada e decadente para se tornar um maciço e aparentemente indispensável pilar da ordem social contemporânea” (p. 60).

Bauman (2005), por outro lado, associa as mudanças das estratégias punitivas e do perfil das políticas de segurança com as estruturas sociais no interior do processo expansivo da globalização. Junto com esse panorama, advém o declínio do ideal ressocializador e da defesa de uma política de encarceramento massivo.

Ocorre, conforme o raciocínio do autor, que a sociedade capitalista passou a produzir o que se denomina como “refugo humano” ou, mais especificamente, os seres “redundantes”, isto é, aqueles que vêm a ser sem utilidade, desnecessários, dispensáveis.

Os outros não necessitam de você. Podem passar muito bem, e até melhor, sem você. Não há uma razão auto-evidente para você existir nem qualquer justificativa óbvia para que você reivindique o direito à existência. Ser declarado redundante significa ter sido dispensado *pelo fato de ser dispensável* – tal como a garrafa de plástico vazia e não retornável, ou a seringa usada, uma mercadoria desprovida de atração e de compradores, ou um produto abaixo do padrão, ou manchado, sem utilidade, retirado da linha de montagem pelos inspetores de qualidade. “Redundância” compartilha o espaço semântico de “rejeitos”, “dejetos”, “restos”, “lixo” – com *refugo* [Grifos do autor] (BAUMAN, 2005, p. 20).

Assim, sua tese é sustentada a partir da prerrogativa de que, com o processo de globalização, a ética fundada no valor do trabalho passou a se tornar obsoleta e, por isso, perdeu-se gradativamente a crença na ideia de regenerar o indivíduo por meio da aposta em atividades prisionais, sobretudo o trabalho (BAUMAN, 1999).

Constata-se que o marco dessas transformações passou a ser vivenciado pela chamada “Geração X⁷” (jovens nascidos na década de 1970), quando diagnosticados os efeitos que a lógica do desemprego e o déficit nas expectativas de trabalho têm trazido diante de uma conjuntura em que se prima cada vez mais pelo lucro. Se antes, os “redundantes”, constituintes do chamado “exército reserva de mão-de-obra”, poderiam ser aproveitados pelo mercado de trabalho de modo ativo; agora, desempregados e fora do padrão de consumo, estão postos à mercê da lógica descartável, fadados a compor o “depósito de dejetos”.

⁷ É importante esclarecer que Bauman (2005) não afirma, de modo generalizado, que tais mudanças passaram a ser vivenciadas apenas pela chamada Geração X. Ao contrário, ele sinaliza que as transformações estão postas de modo mais agudo em relação às gerações precedentes e sinaliza que, assim, também o tem sido com as subseqüentes.

Em outras palavras,

Os desempregados da *sociedade de produtores* (incluindo aqueles temporariamente “afastados da linha de produção”) podem ter sido desgraçados e miseráveis, mas seu lugar na sociedade era seguro e inquestionável. Na frente da batalha da produção, quem negaria a necessidade de fortes unidades de reserva prontas para a refrega quando surgisse ocasião? Os consumidores falhos da *sociedade de consumidores* não podem ter essa certeza. Só podem estar certos de uma coisa: excluídos do único jogo disponível, não são mais jogadores – e, portanto, não são mais necessários [Grifos do autor] (BAUMAN, 2005, p. 22).

Com a oferta de emprego posta de modo restrito, a forma encontrada para gerir o chamado excedente de “dejetos”, que cresce cada vez mais de forma desmedida, tem sido através das prisões. Nesse contexto, o papel que estas instituições têm incorporado é nada mais que um mecanismo de contenção da “massa indesejada”. Com isso, o cárcere passa de um estabelecimento antes referenciado por seu caráter disciplinar e moldador do ser para um depósito de “lixo humano”.

Desse modo, resultantes da construção da ordem e do progresso econômico, os aglomerados de “refugio humano” são constantemente alvos de políticas segregacionistas. Nesse sentido, Bauman (2005) constrói uma analogia entre o papel do sistema penal na gestão dos excluídos com o dos “contêineres” no processo de estocagem de “lixo”. Antes, as prisões, no auge da ideologia correcional, a qual emergiu no início da era moderna, funcionavam como um centro de reciclagem. Agora,

Na melhor das hipóteses, a intenção de “reabilitar”, “reformatar”, “reeducar” e devolver a ovelha desgarrada ao rebanho é ocasionalmente louvada da boca pra fora – e, quando isso acontece, se contrapõe ao coro raivoso clamando por sangue, com os principais tablóides no papel de maestros e a liderança política fazendo todos os solos. De forma explícita, o principal e talvez único propósito das prisões não é ser apenas um depósito de lixo qualquer, mas o depósito final, definitivo. Uma vez rejeitado, sempre rejeitado (*ibidem*, p. 107).

Na lógica atual, Bauman (1999) denota que, com a ascensão do “pós-correcionalismo”, os investimentos para a segurança pública, referentes ao combate à criminalidade, destinaram-se apenas a propaganda da construção de novas prisões e do reforço massivo das medidas de encarceramento. Por essa razão, não são à toa os registros de crescimento nas taxas de pessoas presas ou à espera de prováveis sentenças.

Encarados como um problema financeiro e, não raro, negligenciados de serem concebidos como parte dele, os excluídos se vêem a mercê das cada vez mais escassas iniciativas do Estado, no que concerne aos benefícios sociais (previdência, isenções fiscais,

etc.). E, por isso, às prisões, tomadas como instituições sociais, se delegam a tarefa de acelerar a “biodegradação” e “decomposição” dos que não tem espaço no convívio humano habitual, já que “reciclar” não é mais lucrativo.

Desta feita,

Construir novas prisões, aumentar o número de delitos puníveis com a perda da liberdade, a política de “tolerância zero” e o estabelecimento de sentenças mais duras e mais longas podem ser medidas mais bem compreendidas como esforços para reconstruir a deficiente e vacilante indústria de remoção do lixo - sobre uma nova base, mais atenta com as novas condições do mundo globalizado (BAUMAN, 2005, p. 108-109).

Wacquant (2003), por sua vez, preconiza que com a crise do Estado de Bem Estar Social os investimentos passaram a ser desviados para constituir o chamado Estado Penitência resultando na gestão da pobreza através de medidas como a criminalização dos segmentos pauperizados da sociedade, a adoção de uma política de “tolerância zero” e maior rigor penal.

Sendo uma de suas principais pesquisas referentes ao quadro norte-americano, o autor designa que:

A destruição do Estado social e a hipertrofia súbita do Estado penal transatlântico no curso do último quarto do século são dois desenvolvimentos concomitantes e complementares. Cada um a seu modo, eles respondem, por um lado, ao abandono do contrato salarial fordista e do compromisso keynesiano em meados dos anos 70 e, por outro, à crise do gueto como instrumento de confinamento dos negros em seguida à revolução dos direitos civis e aos grandes confrontos urbanos da década de 60. Juntos, eles participam do estabelecimento de um “novo governo da miséria” no seio do qual a prisão ocupa uma posição central e que se traduz pela colocação sob tutela severa e minuciosa dos grupos relegados às regiões inferiores do espaço social estadunidense (WACQUANT, 2003, p. 55).

Nesse processo, é possível identificar que tais ideias instauradas a princípio nos Estados Unidos e em alguns países da Europa seguem se expandindo por outras partes do mundo. Trata-se da difusão de uma lógica repressiva e policialesca a qual negligencia a noção de que as principais causas da chamada “delinquência” possuem relações intrínsecas com o crescente quadro de desemprego e expansão da pobreza.

A respeito disso, em consonância com o pensamento de Wacquant, Kilduff (2010) sintetiza que os ideais conservadores se apropriaram do campo econômico e penal para justificar ideologicamente que o Estado de Bem-Estar social não cumpriu com o papel a que se propôs, demonstrando-se falho e, sobretudo, responsabilizando-o pela não resolução de aspectos relacionados à pobreza e disseminação de condutas concebidas como “criminosas”.

Nessa conjuntura, levando em conta que o Estado de Bem Estar Social dos Estados Unidos não chegou a ser desenvolvido como nos patamares da Europa Ocidental as ações neoconservadoras versaram sobre o intuito de realizar cortes graduais nos investimentos direcionados à assistência social a partir do início dos anos 1970 até então.

Com isso, passou-se a realizar um superávit nos orçamentos penais, tendo em vista que uma das características mais presentes no ranço conservador se refere à existência do maniqueísmo entre homens “bons” e “maus” no interior da sociedade. Assim, “nesta perspectiva, reapareceu com clareza a ideologia burguesa da defesa social, quer dizer, a que permite legitimar a aplicação do poder punitivo por parte do Estado com a finalidade de “proteger” a sociedade do crime” (KILDUFF, 2010, p. 241).

É nesse cenário que os discursos de cunho conservador trazem consigo a lógica da culpabilização do indivíduo e, por conseguinte, a defesa de um viés punitivo mais severo. Assim, investimentos de setores ligados à manutenção das conquistas dos direitos sociais por intermédio da gestão de políticas sociais passam a se destinar às esferas policiais, judiciais e, finalmente, penitenciárias.

Com a questão criminal deslocada para o protagonismo central dos discursos políticos, à proporção que se instaura um abrupto processo de fragilização assistencial, as prisões, na cena contemporânea, segundo a análise de Wacquant (2012), não funcionam mais como um instrumento de “adestramento”, conforme postulado por Foucault outrora. Hoje, ela é “direcionada para uma neutralização brutal, uma retribuição automática e a um simples armazenamento – por defeito, se não for algo intencional” (p.22).

Ademais, Wacquant (2012) aponta que a prisão se reafirmou ainda mais no *front* do confinamento, e suas táticas disciplinares (classificação hierárquica, controle rígido, etc.) se tornaram inoperantes diante do insustentável panorama de superlotação, déficit de recursos, burocracia e abandono do ideal de reabilitação por parte das autoridades.

Outro detalhe a ser mencionado versa sobre o fato de que, sob a égide do neoliberalismo, foi intensificado escancaradamente o perfil discriminador do dispositivo penal. Não obstante,

[...] O fato de a seletividade social e etnoracial da prisão ter sido mantida, e mesmo reforçada, uma vez que ampliou enormemente seu influxo, demonstra que a penalização não é uma lógica controladora em larga escala, que atravessa cegamente a ordem social para subjugar e atar seus diversos componentes. Ao contrário. É uma técnica distorcida que não se aplica por igual nos diferentes níveis de classe, etnicidade e lugar e que opera para dividir populações e diferenciar categorias de acordo com concepções estabelecidas de valor moral (WACQUANT, 2012, p.22).

Diante dos argumentos elencados, é possível constatar, dentre as análises de cada autor, que a política criminal na cena contemporânea corrobora para reforçar princípios que se assemelham às propostas das escolas clássica e positiva, embora operacionalizadas com outra roupagem. Haja visto, o utilitarismo do reformadores penais ao qual Foucault (2012) denuncia diante da reforma instaurada por volta dos séculos XIX ainda se mantém presente na forma de direcionar a política, embora de modo mais escancarado.

Apesar do gradativo rompimento com o promoção dos princípios de reabilitação, medidas de higienização social, limpeza da pobreza e neutralização aparecem interpostas com o intuito de gerir a nominada “escória” da sociedade. Isto é, os “ninguéns” retratados por Galeano (2002) no início deste capítulo. Percebe-se, com isso, que não se trata de um reforço à lógica de um simples descarte, mas um registro das classes perigosas, ou seja: uma definição da delinquência e gestão dos prováveis suspeitos.

2.3 PANORAMA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO E OS DIREITOS HUMANOS

Como foi possível perceber, conforme o subitem anterior, o fenômeno do encarceramento em massa tem se apresentado cada vez mais nas sociedades contemporâneas por conta do processo de globalização e mundialização das políticas neoliberais, refletindo características peculiares, conforme cada país. Assim, ao debruçar-se diante do caso brasileiro, é possível delinear um recorte singular, baseado em seus aspectos histórico-culturais.

O Brasil é um país com forte histórico de desigualdades sociais e trajetória conservadora, o que denota a existência de segmentos da sociedade, composto por trabalhadores (ativos ou desempregados) de modo geral, mulheres, jovens, negros etc., em situação de vulnerabilidade social (IAMAMOTO, 2013). Neste contexto, o trato das disparidades sociais no país tem vivenciado um processo de minimização de esforços do Estado no que diz respeito à esfera social, em prol de investimentos para a economia, resultando no sucateamento da coisa pública e supervalorização da iniciativa privada, conforme aponta Bravo (2011).

Em outras palavras, protagonizando uma forte tendência de focalização de políticas públicas, seletividade, terceirização e privatização de acesso a direitos, reforço à lógica

filantrópica ou, simplesmente, aniquilação da camada pobre, o Brasil segue os passos do reforço à intervenção penal, protagonizado pelos norte-americanos e europeus, e tal constatação pode ser feita através do retrato caricaturado de suas prisões.

Na pesquisa realizada pelo Sistema de Informações Penitenciárias – Infopen identificou-se que, em Junho de 2014, o Brasil chegou à marca de quarto país com a maior população prisional, ficando atrás dos Estados Unidos, China e Rússia, respectivamente, nesta ordem. Nesse sentido, o montante geral de pessoas em privação de liberdade contabilizou 607.731 indivíduos distribuídos entre prisões estaduais, federais e delegacias, sendo importante destacar que tal dado aponta cerca de 300 presos⁸ por cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Não obstante, Lucia Re (2006), partindo de uma pesquisa a qual retrata os casos dos Estados Unidos e Europa aponta para a consolidação de um processo globalizado de superencarceramento, sobretudo nas últimas décadas do Século XX e início dos anos 2000. Tal prenúncio, dada a situação de crescimento nas taxas de encarceramento, continua sendo uma realidade gritante e desenfreada no Brasil, assim como em outros países.

No que concerne às características específicas do caso brasileiro, Salla (2006, p. 289) sintetiza com exatidão:

A criminalização da miséria, a repressão às ilegalidades e estratégias de sobrevivência das camadas pobres e o combate ao tráfico de drogas compõem os principais ingredientes que explicam a explosão nas taxas de encarceramento em praticamente todos os países do mundo ocidental. O Brasil parece representar um bom exemplo desta linha de análise.

Nesse sentido, a implementação de uma política criminal a qual tem levantado a bandeira da “guerra às drogas” no país, quando na verdade operacionaliza um combate estigmatizante contra seus usuários, tem contribuído bastante para a massificação e mudança do perfil da população prisional (VIEIRA, 2010). Basta utilizar enquanto confirmação disto, as estatísticas crescentes de mulheres inseridas no sistema penitenciário que, em sua maioria, é acusada por tráfico de entorpecentes.

Segundo o Infopen (BRASIL, 2015), das 37.380 mulheres presas no Brasil, até Junho de 2014, 68% delas configuravam a tipificação penal por tráfico de drogas, mesmo sem vinculações com as maiores organizações criminosas. A partir disso, também foi possível demonstrar que muitas delas ocupam uma situação coadjuvante na atividade do comércio

⁸No que concerne à movimentação no Sistema, o Infopen também revelou que para cada 75 egressos, 100 pessoas foram presas, isto é, 155.821 indivíduos entraram e apenas 118.282 saíram.

ilícito (transportadoras, usuárias, inseridas em pequenos comércios) e, em menor escala, a posição de liderança.

Vieira (2010) sinaliza que o modelo penitenciário brasileiro apresenta a peculiaridade de, desde sua gênese, não ter sido instalado com intuito de “moldar” cidadãos civis. Ao contrário, tem servido para reforçar a lógica de controle das estruturas sociais instaurado pelas vias do cárcere, resultando, sobretudo, na criminalização do segmento negro⁹, o que aponta um caráter destoante das teorias da Escola Clássica, no que concerne à aposta nas práticas de reabilitação.

Outro aspecto que merece ser destacado versa sobre o fato de as prisões brasileiras não se encaixarem na proposta de instituição total e disciplinar defendida pelos revisionistas. No tocante a este detalhe, Oliveira (2011) argumenta que, especialmente no Brasil, o modelo de disciplina e adestramento refutado aos moldes da crítica foucaultiana nunca chegou a ser consolidado.

Sustenta-se a hipótese, conforme o nominado autor, de que o país é uma sociedade indisciplinar a qual carrega consigo altos índices de violência que tampouco passaram pelo processo de normalização das sociedades europeias, em especial, a França e Inglaterra retratadas por Foucault. Indo além, destaca-se que tal sistemática não chegou a ser alcançada por sociedade alguma, embora outras tantas ainda chegaram a ser estruturadas minimamente por esta lógica. Mas defende que no Brasil, ao contrário,

[...] Não tivemos aqui uma sociedade disciplinar – ou “civilizada”, no termo de Elias, ou “apaziguada”, como quer Chesnais –, mas uma sociedade violenta, uma sociedade onde nunca houve a universalização da escola, onde os aparelhos da justiça penal sempre foram brutais e muito pouco eficazes, para dizer o mínimo, e onde, finalmente, uma imensa força de trabalho, miserável e informal, não possibilitou – e possibilita cada vez menos, em um planeta dominado pela revolução tecnológica e pela globalização – a constituição de um mundo do trabalho hegemonicamente enquadrado pelo dispositivo da fábrica (OLIVEIRA, 2011, p. 334).

Assim sendo, dada a relação existente entre estrutura social e prisões e, sinalizando o caráter de uma sociedade brasileira indisciplinar, os cárceres do país apresentam, por histórico característico, uma noção contrária à proposta ensejada pelos revisionistas, ainda indicando um funcionamento absolutista violento, pobre e superlotado, conforme argumenta Vieira (2010).

⁹Cumprer destacar, diante do delineamento do perfil de indivíduos reclusos apresentado pelo Infopen (2015), duas em cada três pessoas que estão nas prisões brasileiras são negras, isto é, cerca de 67%.

Como demonstração de tal prerrogativa, pode-se inferir que, nacionalmente, o Sistema Penitenciário dispõe de apenas 376.669 vagas distribuídas entre 1.070 estabelecimentos prisionais destinados ao público masculino, 238 de caráter misto e 103 unidades femininas, o que denota um déficit total de 231.062 vagas. Assim, sendo a taxa de ocupação um indicador de vagas consubstanciado a partir do cálculo entre o número de pessoas reclusas e a quantidade de vagas existentes nos estabelecimentos para custodiá-las, foi possível identificar que existem dezesseis pessoas num espaço destinado para dez, contabilizando a estatística ocupacional de 161% (BRASIL, 2015).

Neste contexto, o relatório produzido pela organização internacional Human Rights Watch (2015) confirma que a tortura no Brasil configura um problema crônico num cenário o qual aponta que só no intervalo de 2012 a 2014 a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos recebeu o montante de 5.431 denúncias de tortura e maus tratos, sendo 84% desse total advindos de instituições de execução penal, a exemplo de presídios, delegacias e unidades de medida sócio-educativas.

A constatação apresentada por Rusche e Kirshheimer (2004), através do princípio do *less eligibility*, pode ser utilizada para entender as razões que constituem uma aclamação quase que consensual das péssimas condições no interior do cárcere. Como já tangenciado no primeiro capítulo, a noção de que a pena deva ser empreendida a partir da oferta de condições de vida inferiores ao nível de vida social mínimo fora dela representa a dualidade de acesso a direitos entre “cidadão honesto” *versus* “sujeito malvado” e, por conseguinte, o aposta em gerir um sistema penal desumano, degradante e vingativo.

Este universo de submissão a tratamento desumano e condições precárias, tais como o déficit no atendimento à saúde, assistência social e jurídica, motiva, em parte, a formação recorrente de motins no interior das unidades prisionais do país. Fala-se “em parte” porque, conforme explicita Salla (2006), os movimentos de rebeldia tanto podem ser desencadeados a partir do inconformismo de situações adversas que vão da má alimentação a maus tratos; como também podem derivar de ações políticas encabeçadas por grupos do crime organizado em busca de afirmação de poder para comandar ações criminosas dentro e fora do espaço carcerário.

Assim, de modo geral,

As privações materiais e de toda ordem continuam a ser impostas aos presos no Brasil. Elas constituem um poderoso ingrediente na emergência dos movimentos de revolta dos encarcerados. Porém a maior parte das prisões brasileiras vem funcionando com um mínimo de controle por parte do Estado. Isto significa que muitas atividades quotidianas dentro das prisões são organizadas e dirigidas pelos

próprios presos. [...] Essas lideranças, em muitas prisões, controlam o tráfico interno de drogas, comandam ações criminosas de dentro dos presídios e, para tanto, buscam exercer este poder, sem contestação dos demais grupos e dos presos que são muitas vezes extorquidos e forçados a assumir crimes que não praticaram. No curso das disputas pelo controle dessas atividades, as rebeliões e as mortes impostas aos desafetos são estratégias para a obtenção da adesão da massa carcerária ou, pelo menos, para a sua convivência com a liderança exercida por determinado grupo (SALLA, 2006, p. 301-302).

Um exemplo concreto do acontecimento contínuo de rebeliões no interior das prisões brasileiras pode ser descrito a partir do ocorrido no Complexo Penitenciário de Pedrinhas no Maranhão entre o intervalo de 2013 a 2014. O relatório da Anistia Internacional (2015) apontou que, neste período, 78 presos foram assassinados na referida instituição durante a formação de sucessivos motins, os quais ainda estão passíveis a investigações. Estima-se que tais acontecimentos derivem não só da submissão a condições materiais degradantes, mas, principalmente, do descontrole por parte do Estado em conter o jogo de poder das facções criminosas no interior da unidade.

O desrespeito à integridade física e moral, as violações de direitos, sobretudo os Direitos Humanos, e a prática de brutalidades e crime letais configuram o enredo da segurança pública no país, operado desde a execução do trabalho das polícias¹⁰ nas ruas, passando pelas detenções provisórias até chegar à ponta da execução penal, conforme descrevem Soares e Guindani (2007).

Cabe mais uma vez reforçar que, no plano prático, não se trata, sobremaneira, da utilização de uma política criminal voltada a um combate efetivo à criminalidade, tendo em vista que esta guerra elegeu uma direção específica para se utilizar as algemas e, quando não, apertar o gatilho: bairros periféricos, estereótipos subalternos, juventude¹¹ com cor de pele escura e gêneros diversos (homens, mulheres e população LGBT, desde que econômica e socialmente desfavorecidos, em grande parte).

Em outras palavras,

No contexto brasileiro, a cultura do medo, guardando a autonomia relativa que a distingue, não implica a magnitude dos problemas, apenas desloca a hierarquia de prioridades e reinterpreta – segundo interesses ideológicos e políticos específicos – nada universalistas – linhas de conexão causal. O país, efetivamente, atingiu níveis extraordinariamente elevados de violência. Neste contexto as instituições da Justiça

¹⁰Conforme dados oficiais reunidos pelo Relatório da Anistia Internacional (2015), no ano de 2013 a polícia assassinou 424 pessoas no Rio de Janeiro/RJ, sendo que só no primeiro semestre de 2014 as estatísticas apresentaram um aumento em 37% de mortes comparadas ao ano anterior. Tal dado sinaliza, em grande parte, as arbitrariedades impetradas pelas polícias em operações oficiais ou clandestinamente.

¹¹De acordo com o Infopen (BRASIL, 2015), a população de jovens na faixa etária de 18 a 29 anos, inseridos no interior das prisões brasileiras, compreende 21,5% da população de jovens total no país.

criminal e da segurança pública, em seu conjunto, têm desempenhado papéis contraditórios, frequentemente negativos, concorrendo, assim, para o aprofundamento da crise (SOARES; GUINDANI, 2007, *s/i*).

Nítida é a constatação de um sistema penal o qual funciona sob as vias da falência e ineficácia, no que se refere à materialização de seus princípios propostos. Conforme aponta Bittencourt (2001), faz-se necessário não apenas questionar a viabilidade da prisão do ponto de vista ideal ou abstrato, mas, principalmente, observar o transcorrer do cumprimento da pena institucional. Desse modo, sua crítica central se sustenta na afirmação de que a prisão está em crise, considerando a forma, as circunstâncias, as condições, e sua inserção na sociedade a qual tem sido executada a pena.

Como via de alternativa, Baratta (1987) elucida que o sistema penal, ainda estando legitimado na sociedade vigente funciona reproduzindo a violência punitiva de modo escancarado. E, mesmo o referido autor compreendendo e defendendo a possibilidade de se construir uma sociedade sem cárceres, ao longo prazo, é sinalizada a estratégia de se fortalecer os princípios do direito penal mínimo como proposta de uma política criminal combatente do cenário atual.

Com base nisso, a noção de direito penal mínimo é articulada aos fundamentos dos Direitos Humanos, à medida que apresenta a proposta de inserir a médio e curto prazos a implementação de uma política criminal programática a qual promova o acesso a condições de dignidade humana como ponto de resistência ao cenário das instituições penais no país.

Cumprе esclarecer que os Direitos Humanos possuem um papel de suma importância no contexto do cárcere à medida que sinaliza a necessidade do reconhecimento de direitos a pessoas privadas da liberdade sob a custódia do Estado Democrático de Direito. É importante compreender, segundo Sanches (2002), que o sistema penal pode violá-los de diversas formas que vão desde a propagação da violência individual à violência dos grupos organizados. E, neste contexto, a prisão, por si mesma, já representa outro tipo de violência que se configura institucional, tendo em vista que:

[...] A pena revela-se como uma violência institucional, no sentido de que reprime as necessidades básicas do ser humano. Através dos fins úteis que as teorias utilitárias da pena declaram que ela cumpre, pretendem as mesmas justificar tal repressão. Com os estudos da Criminologia crítica sobre o fracasso da prisão quanto aos seus declarados fins úteis, a pena revela-se, porém como violência inútil aos fins de prevenção geral e especial. Por outro lado, a violação dos direitos humanos apresenta-se mais evidente se considerarmos que a maior parte dos casos de prisão ocorre com indivíduos que ainda nem receberam sentença condenatória (SANCHES, 2002 p.19).

Diante do exposto, os Direitos Humanos se constituem numa forma simplificada de clamar por direitos fundamentais, o que implica dizer que ao situar o indivíduo enquanto “sujeito de direitos” e buscar reafirmar esses direitos em defesa do que se conceitua Direitos Humanos, nada mais é que garantir condições mínimas para se viver uma vida digna e plena. Dessa forma, tais condições, em sua totalidade, correspondem a necessidades imprescindíveis à pessoa humana, segundo ressalta Dallari (1998).

A própria ideia de direitos fundamentais, os quais, segundo Bellinho (s/i), visam assegurar e proteger os direitos de cada ser humano para que se possa ter acesso a uma vida digna, afirmam-se não apenas na razão de existir da pessoa humana, mas também estão assegurados no plano constitucional e derivam dos princípios previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No que tange ao reconhecimento de direitos das pessoas reclusas, um documento de suma importância difundido internacionalmente é as Regras Mínimas de Tratamentos para Reclusos de 1955, que possui influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos à medida que preconiza direitos básicos concernentes à dignidade humana. Já no que diz respeito às disposições legais previstas no Brasil, destacam-se a Constituição Federal de 1988, a Lei de Execuções Penais nº. 7.210 de 1984 e as Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP.

Com base no exposto, ressalta-se que o debate em torno da defesa dos Direitos Humanos segue atual, considerando que:

No nosso país vivenciamos, cada vez mais, a dificuldade da implementação de políticas públicas, que são a forma de efetivação de direitos constantes nas leis. Observa-se um movimento recrudescido – em âmbito federal, estadual ou municipal – de políticas que acentuam a estigmatização dos “socialmente vulneráveis”, apoiadas no clamor público crescente, em busca de mais controle, mais repressão e mais segregação (CFESS, 2007, p. 8).

Por essa razão, mesmo os indivíduos estando em privação de liberdade, é importante compreender que estes, bem como qualquer outro, devem ser concebidos enquanto sujeitos de direitos e que a leitura sobre os Direitos Humanos no âmbito carcerário se estende ao fato de ser universal e acessível a todos, conforme aponta Dornelles (2006), rompendo com a equívoca ideia de considerá-los como “humanos direitos”, isto é, apenas para indivíduos moral e socialmente aceitos como de “bem”.

2.4 ENCARCERAMENTO FEMININO E AS CONTRIBUIÇÕES DA CRIMINOLOGIA CRÍTICA

Inicialmente, faz-se necessário, conforme atenta Scott (1995), discernir a noção compreendida entre gênero e a idéia de sexo. Assim, destaca-se que sexo constitui a condição biológica de um indivíduo que vem a nascer com características tipicamente “masculinas” ou “femininas”. Em contrapartida, gênero¹², mesmo podendo abarcar a noção de sexo, não necessariamente costuma ser determinado por ele, já que resulta de uma construção de subjetividades e reafirmação de identidade influenciada (ou não) por padrões sócio-culturais.

Diante disso, Cortina (2015) descreve que, historicamente, as diferenças entre os gêneros “masculino” e “feminino” foram construídas através de uma lógica binária a qual qualifica os atributos de homens e mulheres de forma paradoxal e inconciliável, em geral, caracterizando o perfil destas em posição submissa e desfavorável àqueles e, portanto, configurando uma relação de discriminação. Além disso, a mencionada autora complementa com a importância de se reconhecer que,

[...] Há especificidades e pluralidades no interior da designação “mulher” que agregam diferenças, como as de raça/etnia, de classe e de geração, que não podem ser subsumidas em um todo, sem distinções. Há, também, a necessidade de historicizar as noções de mulher e de gênero, de forma que não sejam consideradas ambivalentes, mas referenciais e localizadas (CORTINA, 2015, p. 765).

Tais ponderações são importantes para que se possa compreender o histórico da mulher na sociedade, a posição que ocupa no mundo do crime, o trato que recebe quando inseridas no sistema penal e, sobretudo, as contribuições que a criminologia crítica feminista vem endossando ao longo das últimas décadas.

No período em que a prisão se afirmou enquanto pena por excelência, Perrot (1988) retrata que havia, na Europa, uma distinção entre a caracterização das esferas pública e privada, o que resultava numa segregação de espaço entre homens e mulheres. Em outras palavras, o contexto público, também entendido como espaço de atuação política, era

¹² Ainda é possível complementar a noção de gênero com base em Andrade (2012), quando descrito que “gênero é um signo que se tornou teórica e politicamente relevante desde a década de 1970, sob o influxo do movimento feminista e de expressiva revolução de paradigmas nas ciências, estendeu seu significado original de uma classe de algo (música, literatura) ou de seres (animais, vegetais) para designar uma classe de seres humanos (pessoas), configurando-se doravante como um conceito de grande valor para a compreensão da identidade, dos papéis e das relações entre homens e mulheres na modernidade” (p. 127-128).

destinado aos homens; às mulheres, cabiam-lhes as tarefas domésticas, o empenho em sua função matriarcal e cuidadora da família, ocupando a esfera privada. Quando explorado o espaço público, havia locais específicos, tais como escolas, hospitais e creches, que se direcionavam à figura da mulher, por socialmente estar estabelecida a associação entre essas instituições com o desempenho de tarefas pelo “sexo frágil”.

Tendo em vista tais aspectos, quando a prisão feminina entrou em cena, conforme explicita Espinoza (2004), sua função fundamental era proporcionar um espaço capaz de estimular as mulheres à disciplina de desempenhar tarefas domésticas assim como reprimir seus impulsos sexuais para torná-las dignas dos valores socialmente estabelecidos. Isto porque, a partir do século XIX, a noção de família nuclear burguesa se reafirma como célula fundamental e evolutiva da sociedade, trazendo para o debate central a noção de parentesco e sexualidade (BUGLIONE, 2000).

Em outras palavras,

Ao longo da história a desvalorização da mulher, enquanto identidade do feminino esteve enraizada na sua diferença sexual, na diferença biológica. À mulher era reservada a beleza e não o mundo das ciências. Da inferioridade sexual e intelectual da mulher, do seu papel natural na reprodução da espécie e no cuidado dos filhos decorre consequentemente uma definição de função e de papel - a mulher esposa, mãe e guardiã da casa (BUGLIONE, 2000, *s/i*).

Antes da racionalização da pena, não existiam prisões femininas. Não que as mulheres não cometessem crimes, mas porque sempre era de menor visibilidade, diante dos desvios praticados por homens. Em geral, até antes do século XIX, as mulheres “transgressoras” eram levadas para conventos e submetiam-se a uma disciplina rígida e moral comandada por freiras e irmãs de caridade. Diante disso, França (2013) lembra que este papel de sentido religioso imprimiu à racionalização da pena o caráter expiatório e regenerador.

No que se refere aos estudos criminológicos, o paradigma etiológico e o da defesa social predominaram por muito tempo, se propondo a explicar a atuação feminina no campo do desvio, fixando-se na relação crime-indivíduo, sem reconhecer as especificidades distintas entre os gêneros masculino e feminino e, portanto, negligenciando a devida atenção às mulheres. Só a partir da década de 1960 que, segundo Andrade (2012), começa o processo de consolidação da transição de uma criminologia positivista – direcionada ao estudo da violência individual – para uma criminologia da reação ou controle social – proponente a se debruçar sobre a violência institucional.

Mas só por volta da década de 1970 é que a Criminologia Crítica, baseada no recorte da violência estrutural, situando os estudos num viés macrossociológico passou a estudar a inserção do papel do sistema penal diante do capitalismo, das classes sociais e disparidades de gêneros. É, pois, neste contexto que a crítica feminista protagoniza um forte papel, tendo em vista que é:

Fundamental, portanto, invocar a importância do feminismo como outro sujeito coletivo monumental que, fazendo a mediação entre a história de um saber masculino onipresente e a história de um sujeito ausente – o feminino e sua dor –, e ressignificando a relação entre ambas, aparece como fonte de um novo poder e de um novo saber de gênero, cujo impacto (científico e político) foi profundo no campo da Criminologia com seu universo até então prisioneiro do androcentrismo (ANDRADE, 2012, p. 127).

Neste sentido, Espinoza (2002) indica que o movimento feminista, nas sociedades ocidentais, surgiu com a proposta de desconstruir os padrões “únicos” e de “normalidade” social os quais perpetuam a dominação masculina sobre as mulheres. Padrões estes que, historicamente, subjugam a condição feminina dentro de uma sociedade machista e patriarcal. Assim, a luta feminista, de modo geral¹³, promove o incentivo ao questionamento do modelo androcêntrico da ciência e do direito.

Não obstante, sinaliza-se que o Sistema de Justiça Criminal na atualidade possui um caráter androcêntrico por ser operado como um mecanismo masculino de controle direcionado às condutas masculinas, praticadas pelos homens e apenas minoritariamente por mulheres, o que indica um tratamento, via de regra, masculinizado, mesmo quando concerne à atenção da figura feminina, como pontua Andrade (2005).

Decerto que a concepção da criminalidade das mulheres versa sobre a construção social do gênero diante do papel que a sociedade não só lhes atribui como também encontra mecanismos para lhes impor controle. Nessa atmosfera, o sistema penal é fundado sob as raízes do patriarcado à medida que condiciona à figura masculina na, esfera privada, o controle sobre os impulsos femininos e, quando ineficaz, cumpre ao sistema pena, legitimar as desigualdades de gênero e relações específicas de dominação, na esfera institucional pública.

Em suma, no que se refere à violência impetrada pelo sistema penal, é importante destacar que, especificamente as mulheres, passam a sofrer com a configuração de uma dupla

¹³Diz-se “de modo geral” visando à necessidade de reconhecer a existência de várias correntes feministas que promovem estratégias e táticas distintas por possuírem leituras teóricas diversas. Assim, é possível identificar, conforme elenca Espinoza (2002), que a partir da década de 1970, as correntes se caracterizam desde o Feminismo Liberal-burguês, passando pelo Feminismo Radical-separatista e o feminismo socialista, até chegar ao pós-modernismo feminista. Esclarece-se que, todas as correntes, a seu modo influenciaram a construção de um viés criminológico feminista.

violência reforçada pelo Sistema de Justiça Criminal: a violência das relações sociais do que concerne à desigualdade de classe – já que ele opera de modo seletivo e elege as camadas marginalizadas para compor seu cenário; e a violência das relações patriarcais – à proporção que reforça o papel androcêntrico já presente na esfera privada do cotidiano feminino. Assim, “ao invés de proteger, a vitimização feminina, pois além da violência sexual representada por diversas condutas masculinas (estupro, atentado violento ao pudor, etc.), a mulher torna-se vítima da violência institucional plurifacetada no sistema” (ANDRADE, 2005, p. 89).

Na atual conjuntura das prisões brasileiras, percebe-se que há uma parcela residual da figura feminina, comparada ao contingente masculino. As mulheres representam 6,4% do montante populacional inserido no sistema penitenciário, isto é, são cerca de 37.380 mulheres presas, um dado que coloca o Brasil em 5º lugar no ranking dos países mais encarceradores do mundo, precedido pelos Estados Unidos, China, Rússia e Tailândia, sucessivamente (BRASIL, 2015).

A referida pesquisa também indicou que houve um acréscimo em cerca de 500% de mulheres nas prisões entre os anos de 2000 e 2014. E, a partir de tais estatísticas, é necessário apreender uma mudança no perfil de práticas delitivas femininas. Desse total, constata-se que há uma crescente onda de criminalização às mulheres inseridas no tráfico de entorpecentes (Lei 11.343 de 2006; Lei 6.368 de 1976), configurando 68% das motivações da pena.

Assim, a respeito dessas transformações, destaca-se que:

Devemos ressaltar que houve uma mudança nas condutas delitivas realizadas por mulheres; os crimes cometidos por elas não mais se encaixam nos denominados “delitos femininos” (infanticídio, aborto, homicídio passional), havendo se incrementado os índices de condenação por crimes como tráfico de entorpecentes, roubos, sequestros, homicídios, entre outros (ESPINOZA, 2002, p. 53).

Ribeiro de Oliveira (2012) explica que a quebra nos padrões sociais estereotipados de inserção feminina em práticas ilícitas não apenas tem reafirmado as explicações fundadas na relação entre criminalidade e pobreza, mas também têm sido constatadas no universo de mulheres de classe média, as quais vêm no crime a possibilidade de complementação de renda ou de alcançar a ascensão social de modo mais imediato.

Já no tocante à inserção de mulheres dada de modo residual no contexto carcerário geral, Espinoza (2002) denota que, apesar das lutas travadas pela criminologia feminista, ainda há a persistência de uma “invisibilização”, por parte da política criminal, de necessidades específicas que devem atender ao gênero feminino, submetendo estas, a adequações cotidianas num espaço masculino.

A despeito disto, as estatísticas reveladas pelo Infopen (BRASIL, 2015), mostraram que as condições estruturais das instituições penais femininas ou mistas, isto é, os espaços que tornam a maternidade minimamente viável, estão aquém ao suprimento das necessidades básicas. 49% das unidades femininas e 90% das mistas, não dispõem de dormitórios adequados para gestantes. Berçários e centros de referências materno-infantil também apresentam um déficit em 48% nas prisões femininas e 86% nas mistas.

De modo geral, foi possível perceber que, quando encarceradas, as mulheres possuem um histórico de violência ainda mais agravado diante das questões de gênero, classe, financeira, entre outras. O papel que ocupam no interior da sociedade e a forma pela qual se inserem nas práticas ilícitas são dados de modos distintos, quando comparados ao perfil masculino.

Nas prisões, suas vidas dificultam ainda mais diante da negação institucional de atendimento adequado que podem ser configurados desde o tratamento que recebem do corpo funcional, até as falhas estruturais de espaços para desempenharem sua maternidade. Assim, faz-se necessário reconhecer que as necessidades específicas e a constante negligência em não viabilizá-las ainda é uma pauta que não apenas a Criminologia Crítica feminista destaca como também mantém a título de bandeira de luta.

2.4. A POLÍTICA DE SAÚDE PRISIONAL

Diante dos aspectos expostos ao longo deste capítulo, sintetiza-se que, historicamente, no Brasil, conforme Cardoso (2009), está estabelecida uma certa discrepância no que se refere ao empenho do Estado em implementar políticas públicas direcionadas ao sistema penitenciário, tendo em vista seu tendencioso posicionamento em favor de ações repressivas, destoante da lógica do bem estar da promoção de políticas sociais. E, por essa razão, notável é o quadro histórico de violações e negações de direitos impetradas no cotidiano da população privada de liberdade.

Neste contexto, a assistência à saúde no interior das prisões vai de encontro a inúmeros aspectos que impossibilitam a efetivação de tal direito, seja em decorrência da insalubridade do ambiente possibilitando doenças infecto-contagiosas; ou da dinâmica cotidiana estabelecida de modo hostil, a qual contribui com o aumento dos níveis de estresse; seja pela baixa qualidade dos atendimentos prestados, dentre outros fatores que servem como

exemplo para caracterizar as limitações e possibilidades para se efetivar um atendimento integral ao usuário das ações e serviços.

Em outras palavras,

O atendimento nas unidades prisionais do país, historicamente tem ocorrido da forma reducionista, com ações específicas voltadas para a doença, principalmente as mais prevalentes como as DST/AIDS/Hepatites, tuberculose, redução de danos associados ao uso de drogas, dermatites e imunizações (GENIOLE, et.al., 2011, p. 15).

Na contramão dessa lógica, especificamente no que se destina à promoção de saúde, segundo expõe Lermen et. al. (2015), existem três momentos que merecem destaque por funcionarem como marco fundamental para ampliação de direitos direcionados à população prisional: num primeiro momento, a Lei de Execuções Penais- LEP, instituída em 1984; num segundo, a adesão ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP, no ano de 2003; e, finalmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional- PNAISP, a qual surgiu recentemente no ano de 2014.

Diante disso, a autora (*op. cit.*) evidencia que a diferença entre esses três momentos se pauta em características peculiares: a LEP, primeiramente, ao surgir no período de transição do regime ditatorial para a construção da democracia, significou uma garantia reconhecida no plano jurídico, mas não necessariamente uma transformação efetiva desses direitos no cárcere. Seu grande diferencial foi ter assinalado o reconhecimento expresso do direito à saúde para a população prisional provisória ou sentenciada.

O PNSSP, por seu turno, além de trazer a garantia do atendimento de saúde nas prisões previsto a partir da LEP, representou a transição para uma partilha de responsabilidade entre Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, organizando as ações e serviços com base no Sistema Único de Saúde – SUS. Isto é, a segurança pública não se isenta da responsabilidade de promover os serviços e ações de saúde, mas passa a dividir tal dever com o setor da Saúde – o que resultou numa ampliação dos serviços, à medida que passou a se basear nos parâmetros prestados pela universalização do SUS.

Por fim, a PNAISP derivou de uma lacuna apresentada a partir do PNSSP, apesar de todos os avanços que ele representa, pois nele:

[...] As ações estão voltadas unicamente à população penitenciária, deixando descoberta a parte restante do sistema prisional. Isso quer dizer que somente as pessoas privadas de liberdade recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento estão asseguradas pela atenção à saúde. Esse fato não garante o mesmo direito às pessoas que cumprem pena em

regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais (*ibidem*, p. 913).

Com base nisso, a PNAISP surgiu com o intento de incluir o contingente de pessoas “desamparadas” pelo Plano, dando caráter à saúde prisional de deixar de ser uma garantia específica das pessoas privadas de liberdade e passar a ser ampliada, prevendo o atendimento de todas os indivíduos que, de certo modo, estão ligados às unidades prisionais, a exemplo dos agentes de segurança penitenciária e familiares dos reeducandos, conforme previsto no Artigo 8º da política.

Não obstante, o planejamento da PNAISP representa um grande avanço no que se refere à garantia de acesso à saúde por parte de um contingente em situação de vulnerabilidade, dada a condição de cerceamento de liberdade, prevendo que um atendimento conforme preconizado pelo Sistema único de Saúde chegue ao interior das unidades prisionais com financiamento adequado, articulação com a rede, política de educação permanente para os trabalhadores da saúde, dentre outros. Assim sendo, a averiguação das condições de implementação de tal Política, especificamente no contexto carcerário feminino de João Pessoa, será descortinada no Capítulo que se segue.

Capítulo III

A PESQUISA DE CAMPO: ANÁLISES E REFLEXÕES

Caos na Saúde Pública

*Deveria ser normal
Se ter direito a saúde.
E toda a sociedade
Na sua magnitude.
Pudesse com igualdade
Alcançar a plenitude.*

*Mas a viril crueldade
Dos homens desse
sistema.
Explora e segue
esmagando
Causando grande
problema.
Exclui o direito a vida
Com desigualdade
extrema.*

*Na saúde elitizada
Se cura quem tem
dinheiro.
Quem não tem as*

*condições
Doença espalha ligeiro.
O rico com mais recursos
Se manda pro estrangeiro.*

*O pobre sujeito a tudo
Se trata em hospital.
Lotado, sem funcionários
Sem leito, passando mal.
Agrava a enfermidade
Chega à fase terminal.*

*A saúde no país
Vive num fogo cruzado.
Com a falta de recursos
Pra piorar, o Estado.
Quer doar o setor público
Ao rico setor privado [...]*

*O caos na saúde pública
Levou sucateamento.
Usuário peregrina*

*Atrás do atendimento.
Enfrentando grandes filas
Piorando o sofrimento.*

*A condição de trabalho
É geralmente precária.
Serviço terceirizado
Gorjeta embrionária.
Contratação flexível
Uma longa carga horária
[...]*

*E nesse caminho trilhando
Aceitou-se o desafio
De organizar a luta
Pelo um SUS de maior
brio
Pra que a saúde pública
Não fique só pelo um fio
[...]*

Autor: Nando Poeta¹⁴

Este capítulo apresenta, finalmente, a articulação da fundamentação teórica empreendida até aqui, junto com as informações coletadas por meio da pesquisa realizada no Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão, Secretaria do Estado de Administração Penitenciária e Secretaria do Estado de Saúde. Objetiva, por seu turno, caracterizar as singularidades da Política Pública de Saúde Penitenciária direcionada ao cárcere feminino da cidade de João Pessoa/PB. Para tanto, inicia-se com a exposição do percurso metodológico que estruturou a pesquisa, passando por aspectos relacionados ao módulo de saúde alocado no Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão e, a partir da análise dos dados brutos recolhidos, fornece subsídios para as considerações finais.

¹⁴ Cordel Disponível em: <<http://foque.com.br/tributoaocordel/index.php/o-caos-na-saude-publica/>> Acesso em: 09 Jul 2016.

3.1 METODOLOGIA

A pesquisa social, conforme denota Gil (1999), pode possuir a característica de apresentar e descrever determinada problemática mediante o emprego de procedimentos científicos, permitindo, com isso, a aquisição de novos conhecimentos no âmbito da realidade social. Para tanto, faz-se necessário que o pesquisador defina a metodologia científica como norte para a realização de seu estudo.

Nesse sentido, é sabido que a definição da metodologia é uma etapa de suma importância para a construção da pesquisa por ser capaz de descrever, examinar e avaliar métodos e técnicas a serem utilizados no decorrer de sua realização, de modo a possibilitar a coleta e o processamento de informações necessárias à construção do conhecimento científico e, mais especificamente, do objeto estudado (PRODANOV, 2013).

Assim sendo, reitera-se que o objeto da pesquisa¹⁵ norteador do presente estudo referiu-se às condições da implementação de ações e serviços de saúde ofertados e desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar do Programa de Saúde Penitenciária (PSP), em especial, definidos no contexto atual da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP), e direcionados à população do Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão (CRFMJM) na cidade de João Pessoa / PB, única unidade feminina paraibana com Módulo de Saúde.

Desse modo, o estudo dos dados coletados esteve conduzido pelos seguintes objetivos específicos: caracterização dos impasses e possibilidades de atuação da equipe multiprofissional do PSP no CRFMJM; investigação das ações relacionadas à atuação da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, conjuntamente com a Secretaria do Estado de Saúde no contexto do planejamento e monitoramento da política de saúde aplicada à penitenciária feminina; averiguação de como o gestor tem trabalhado as disposições da PNAISP na referida unidade prisional.

Com base no exposto, optou-se por desenvolver um estudo de caso, tendo em vista que, de acordo com as informações coletadas neste, tornou-se possível explorar situações

¹⁵ Reitera-se que o objeto da pesquisa escolhido para compor o presente estudo, inicialmente, referiu-se às condições de viabilização das diretrizes dispostas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando este ainda vigorava no Estado da Paraíba, intitulado-se como “*A saúde da mulher sob custódia: análise acerca da efetividade das diretrizes do Programa Nacional de Saúde Penitenciária em João Pessoa/PB*”. Contudo, após a adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP), feita em 03 de Junho de 2015 por meio da Portaria 675, a qual ocorreu durante o período de realização da pesquisa, migrou-se para o empreendimento da análise e título atuais.

reais em que os limites ainda não estivessem claramente definidos. A partir desta escolha, considerou-se que além de proporcionar uma descrição do contexto em que se propõe fazer determinada investigação, este tipo de estudo também permite explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações de alta complexidade, quando não é possibilitado o uso de levantamentos e experimentos (GIL, 1999).

Para tanto, ao situar tal investigação no âmbito das ciências sociais, faz-se necessário esclarecer que o método de abordagem escolhido foi o dialético, considerando a necessidade de se empreender uma análise histórico-crítica da (des) construção fática das propostas político penitenciárias de promoção à saúde endereçada à unidade prisional escolhida.

Convém pontuar que as formulações teórico-metodológicas adotadas com base na dialética “não resultam de operações repentinas, de intuições geniais ou de inspirações iluminadas. Antes, é o produto de uma longa elaboração teórico-científica, amadurecida no curso de sucessivas aproximações de seu objeto” (NETTO, 2011, p. 28). Em outras palavras, o método abordado permitiu uma maior aproximação das múltiplas dimensões da realidade concreta material do objeto, distinguindo-a do que é da ordem ideal, isto é, definida através da subjetividade dos homens, do que é efetivamente material.

Destaca-se, todavia, que a escolha do método materialista histórico dialético, fundado com base na teoria social de Marx, encarando algumas críticas e incompreensões. Em geral, as interpretações articuladas de modo equivocado, muitas vezes derivam não só daqueles que divergem do pensamento marxista, como também de alguns pesquisadores do próprio marxismo, influenciados por fundamentações teóricas positivistas da literatura “manualística”.

A respeito disso, Netto (2011) denota que os equívocos vão desde uma falha na interpretação do método - à medida que o associam a um exercício de “saber total” articulado a partir de “leis gerais” - até uma distorção teórica do próprio marxismo - baseada no entendimento de que Marx, ao empreender uma análise da história e da sociedade, sobrepôs o fator econômico como sendo determinante de todas as relações sociais, culturais, etc. Cumpre destacar que tais variações, historicamente, ao invés de terem sido superadas, foram agravadas e difundidas inclusive sob a influência do neopositivismo - razão pela qual o método materialista histórico dialético segue recebendo duras críticas.

Assim, em contraposição a tais distorções, é necessário compreender que o método dialético possibilita um exame racional dos fundamentos, condicionamentos e limites acerca do conhecimento de determinado objeto, permitindo situar elementos particulares componentes de uma totalidade. Portanto, identifica-se que este estudo coaduna com o referido método de abordagem por tornar possível a investigação das múltiplas determinações

do fenômeno, articulando discursos institucionais e, a partir deles, identificando possibilidades e dificuldades práticas instauradas entre as atividades de gestão e planejamento e as experiências rotineiras em nível de execução dos serviços.

Ademais, a pesquisa classifica-se como sendo de caráter exploratório, já que estas “são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato” (GIL, 1999, p. 43). Assim, tal escolha justificou-se por, em geral, este nível de análise permitir a utilização de levantamentos bibliográficos, documentos e realização de entrevistas técnicas.

Neste sentido, detalha-se que o processo de levantamento documental ocorreu antes e concomitantemente a realização da pesquisa *in loco*. Dentre as fontes de documentos de grande relevância acessadas destacam-se dados dispostos pela Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria de Estado de Administração Penitenciária e Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão.

Ademais, também foi de grande relevância o exame de fontes estatísticas por meio dos Relatórios de Informações Penitenciárias do DEPEN (2015) e do Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde (2015). A esta fase da pesquisa foi atribuída grande importância por ter proporcionado a escolha de técnicas necessárias para o recolhimento de dados prévios sobre o campo de interesse, conforme explanado por Marconi e Lakatos (2015).

No que concerne à pesquisa bibliográfica, utilizou-se como critério eleger as fontes de conhecimentos relacionados ao tema estudado, tais como livros, artigos e pesquisas de teses de doutorado. Um exemplo disso foram as referências utilizadas para compor a fundamentação teórica do trabalho baseadas em BARATTA (2011); ANDRADE (2012); FOUCAULT (2012).

Já em campo, dispôs-se como instrumento de coleta de dados três modelos distintos de roteiros de entrevistas, tendo sido cada qual formulado de modo específico conforme o público a ser pesquisado. Os roteiros de questões¹⁶ semi-estruturadas, isto é, constituído de perguntas abertas, foram direcionados a todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, permitindo ao informante responder à vontade com linguagem e opiniões próprias. À parte disso, um breve roteiro formado por perguntas em escala fechadas foi emitido, especificamente, à equipe multiprofissional com o intuito de coletar uma estimativa sobre a avaliação das condições do Programa de Saúde Penitenciária (PSP).

¹⁶ Ressalta-se que os roteiros de questões, que constam nos apêndices, foram elaborados com base no PNSSP, mas as entrevistas – no ato da fala – passaram a ser contextualizadas com base na PNAISP.

Diante disso, reitera-se com base em Marconi e Lakatos (2015) que a realização das entrevistas foi capaz de proporcionar a coleta de informações de modo mais específico e descontraído, permitindo averiguação de fatos, descoberta de sentimentos e opiniões, acesso a planos de ações e inferência de condutas individuais e/ou coletivas.

Não obstante, conforme já detalhado aqui, tendo sido as entrevistas guiadas a partir de um roteiro específico com questões semi-estruturadas, cabe sinalizar o caráter qualitativo dos dados levantados, detalhando que,

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21-22).

Nesse contexto, foi buscando possibilitar uma análise acerca da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade direcionada ao cárcere feminino da cidade de João Pessoa/PB, que elegeu-se como campo ao qual se destinou empreender esta pesquisa a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária – SEAP em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde - SES considerando as atribuições de suas funções, no que se refere à gerência e coordenação dos serviços de saúde.

Doravante, o Centro de Reeducação Feminino Júlia Maranhão, única penitenciária de mulheres na cidade de João Pessoa, foi também um espaço no qual se empregou a pesquisa a fim de desvendar dificuldades, possibilidades e práticas corriqueiras para se executar tal política no interior do PSP. Importante esclarecer que a escolha da referida unidade resultou do fato desta possuir uma equipe multiprofissional em seu interior, tendo em vista o estabelecimento pela PNAISP de um suporte técnico em unidades que possuam um montante superior a 100 presos¹⁷. Não obstante, o PSP da mencionada unidade ainda pode deve ser considerado uma experiência recente por ter sido implantado em e, com isto, destaca-se mais um aspecto pelo interesse em pesquisá-lo.

Dito isto, a pesquisa contou com a participação dos seguintes sujeitos: 01 Coordenadora geral do setor Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP; 01 Coordenadora de Saúde Penitenciária da SES; os profissionais¹⁸ da equipe do PSP no Maria

¹⁷O CRFMJM, até 16 de Junho de 2016 possuía uma população total de 332 reeducandas, conforme disposto pela referida unidade prisional, o que indica que a instituição aloca apenas uma equipe multiprofissional, por comportar um montante de até 500 internas – conforme as Diretrizes.

¹⁸ Optou-se por pesquisar junto a todos os profissionais da equipe técnica por serem sujeitos diretamente ligados a implementação da política e estarem inseridos no cotidiano da operacionalização dos serviços de saúde da

Júlia Maranhão (01- Assistente Social; 01- Enfermeiro; 01- Médico; 01- Psicólogo; 01- Cirurgiã Dentista; 01 Auxiliar de Saúde Bucal – ASB; com exceção do profissional Técnico de Enfermagem, o qual se indispôs a participar da pesquisa).

Desse modo, o critério de escolha da variável de inclusão justificou-se pelo fato de serem indivíduos que, respectivamente, atuam progressivamente nas tomadas de decisões de implementação e planejamento da política de saúde e execução das ações *in loco*. Junto a isso, considera-se a aceitação de livre participação da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os demais sujeitos, todavia, mesmo que atuantes na SEAP ou até mesmo os membros do corpo funcional da unidade como, por exemplo, os agentes de segurança penitenciária, compõem os critérios de exclusão mediante o fato de não atenderem às variáveis acima citadas. Isto porque, conforme aponta Gil (1999), na maioria dos levantamentos não se faz necessário pesquisar junto a toda a população estudada tendo em vista que se deve selecionar uma amostra significativa de todo universo e apreendê-la como objeto investigativo.

Ainda assim, torna-se pertinente esclarecer que, mediante a escassez de tempo hábil para se empreender uma pesquisa direcionada a investigação acerca da utilização e acesso aos serviços de saúde ofertados no Maria Júlia, além da percepção das usuárias sobre eles, as reeducandas da unidade também compõem a variável de exclusão da amostra.

Já com relação à utilização dos procedimentos de análise, o material coletado foi submetido à categorização, transformado em tabelas para, por fim, inferi-los e interpretá-los com base nas análises do conteúdo reunido intercalando-o com a bibliografia trabalhada. Assim, torna-se importante frisar a importância desta etapa da pesquisa, com base em Minayo (1994) já que esta “conduz à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição” (p. 26).

Ademais, optou-se por trabalhar com categorias analíticas relacionadas ao objetivo proposto pela pesquisa, a saber: 1. Contribuições para a promoção da saúde humanizada; 2. Dificuldades enfrentadas no interior do PSP; 3. Ações de controle e/ou redução dos agravos de saúde; 4. Participação dos profissionais em Cursos de Capacitação Continuada; 5. Percepção da saúde vinculada ao processo de ressocialização; Articulações com a Rede de Atendimento; Avaliação e monitoramento da política de saúde no CRFMJM.

penitenciária. Além disso, levou-se em consideração que cada qual possui competências e atribuições específicas, um aspecto que pode proporcionar análises de situações concretas a partir das experiências de cada indivíduo envolvido.

Desse modo, a escolha por um trabalho com categorias justificou-se por não apenas ser uma modalidade intrínseca às pesquisas qualitativas, mas também por proporcionarem o estabelecimento de classificações permitindo agrupar elementos, idéias ou expressões com base em um conceito abrangente, conforme descreve Minayo (*op. cit.*).

Por tudo o que foi dito, constatou-se que o material reunido foi imprescindível a realização do estudo já que possibilitou uma análise a partir de situações concretas da realidade social diante de uma relação de oposição e complementaridade entre o pensamento e subjetividade dos sujeitos e as bases materiais da realidade concreta.

3.2 A PESQUISA DE CAMPO

Considera-se como primeiro passo da realização da entrevista de campo, a busca pela autorização de entrada na unidade prisional escolhida. Para tanto, em meados do mês de Março de 2016 foi emitido um Ofício endereçado à Gerente Executiva de Ressocialização da SEAP, junto com a proposta do projeto de pesquisa e uma cópia do CPF e RG do orientador e orientanda. Cerca de 20 dias, após a documentação ter sido submetida à apreciação da Secretaria, adquiriu-se no mês de Abril um Termo Institucional viabilizando o acesso ao Maria Júlia, destacando ser de responsabilidade do pesquisador a escolha dos procedimentos metodológicos, bem como requerendo uma cópia final do trabalho realizado.

O segundo momento, por sua vez, ocorreu através da articulação de contatos para se chegar aos sujeitos pesquisados. A priori, foi realizada uma visita ao presídio, a fim de estabelecer uma proximidade direta com os profissionais, conversando acerca dos objetivos e motivações do estudo a ser realizado. Adentrar na instituição não foi tarefa difícil, tendo em vista que a pesquisadora já havia estabelecido um contato primário na unidade durante o cumprimento do componente curricular de Estágio Supervisionado do curso de Serviço Social em 2013. Com base nisso, salienta-se não ter havido nenhum tipo de desconforto e/ou restrições à liberdade de locomoção por parte da direção da unidade.

Alguns profissionais do módulo de saúde como Assistente Social, Enfermeira, ASB e Psicóloga mantêm-se na unidade desde então, e este aspecto, de certo modo, ajudou a desconstrair o ambiente e minorar os anseios da pesquisadora. Neste contexto, foi estabelecida proximidade junto à variável inclusiva dos profissionais a serem entrevistados.

Posteriormente, chegar à Gerente Executiva de Ressocialização da SEAP e à Coordenadora de Saúde Prisional da SES tornou-se possível através do intermédio da Assistente Social do Maria Júlia que, com bastante solicitude, realizou ligações diretas para a Coordenadora de Saúde e repassou o contato de uma pessoa que trabalha com a Gerente Executiva, a qual ajudou a chegar até ela. Por essa razão, destaca-se que o agendamento prévio das entrevistas com as representantes das Secretarias foi feito por intermédio de pessoas ligadas a elas.

Por fim, a pesquisa de campo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, passou a ser aplicada junto ao variável de Inclusão pré-definido. Destaca-se que não foi utilizado nenhum critério prévio quanto à ordem dos entrevistados, já que se considerou, apenas, a busca pela articulação de contato com os indivíduos, de acordo com suas agendas de disponibilidade. Assim sendo, por conta da adoção de roteiros preliminarmente elaborados com base nas leituras bibliográficas, descartou-se o estabelecimento de uma escala de prioridades quanto à obtenção dos discursos.

Com base nisso, a pesquisa inicialmente contou com a participação da atual Coordenadora de Saúde Prisional vinculada à Secretaria do Estado de Saúde, a qual recebeu a pesquisadora em uma sala reservada da Penitenciária de Psiquiatria Forense - PPF em João Pessoa/PB. Detalha-se que a entrevista foi firmada não apenas a partir da interlocução de ideias e resposta sumária às perguntas elencadas, mas também com a exposição de documentos organizacionais utilizados para estabelecer as estratégias de atuação da Coordenação de Saúde, a exemplo da tabela de “Programação Anual de Saúde (PAS)” que fixa as parcerias, ações e metas anuais com o objetivo de implantar e implementar a Política de Saúde Penitenciária na Paraíba. Desse modo, a entrevista foi bastante esclarecedora no que se refere ao entendimento da atuação da Secretaria do Estado de Saúde e suas metas de implantação de ações e serviços na esfera do planejamento e implementação.

A posteriori, a adesão à participação da pesquisa foi estabelecida por parte dos profissionais da equipe multidisciplinar no Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão, reconhecendo a nítida receptividade com a qual a pesquisadora foi tratada na instituição. Todos os profissionais do Programa de Saúde Penitenciária da unidade, com exceção da Técnica de Enfermagem, aceitaram contribuir com a realização do estudo.

Nesta etapa, algumas dificuldades, por outro lado, foram apresentadas no que concerne à indisponibilidade de tempo e a obtenção de um espaço favorável à aplicação dos roteiros. Esclarece-se que por se tratar de um local e horário de trabalho, dada a busca pela contenção de uma demanda massiva de atendimento e prestação dos serviços, em alguns dias não foi

possível realizar a pesquisa. Já em outros casos, mesmo com a disposição de tempo, foi inexecutável conseguir um ambiente reservado para estabelecer um diálogo sem interrupções externas, já que as entrevistas foram realizadas nas salas de atendimento dos profissionais em jornada de trabalho.

Ainda assim, mesmo nos dias em que não foi possível realizar entrevistas, ressalta-se que a própria visita *in loco*, por si só, mostrou-se capaz de proporcionar a captação de alguns aspectos relacionados a discrepâncias, dificuldades e possibilidades apresentadas ao cotidiano de cada profissional – o que chegou a se concretizar verbalmente a partir das falas dos entrevistados. Nesse sentido, a importância desses momentos para a pesquisa pode ser descrita com base em Malinovski (*apud*. Lemgruber, 1983, p. 19):

Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua plena realidade. Denominemo-los os imponderáveis da vida real. Entre eles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho [...] a existência de grandes amizades e hostilidades e de simpatias e antipatias passageiras entre as pessoas; a maneira sutil mas inquestionável em que as vaidades e as ambições pessoais se refletem no comportamento do indivíduo e nas reações emocionais dos que o rodeiam. Todos esses fatos podem e devem ser cientificamente formulados e registrados.

Já a partir desta etapa, a pesquisa ganhou consistência para a análise de conteúdo por possibilitar a articulação de discursos entre os níveis de implementação e execução da Política de Saúde.

Por fim, a coleta de dados foi feita junto à Coordenadora Geral da Gerência Executiva de Ressocialização – GER, a qual recebeu a pesquisadora cordialmente em sua sala, no quarto andar da Secretaria do Estado de Administração Penitenciária- SEAP. Esteve presente também a Coordenadora do eixo Saúde da Gerência, que também corroborou com a entrevista.

Ademais, destaca-se que todos os entrevistados autorizaram a utilização de equipamento de áudio, bem como se mostraram disponíveis a prestar quaisquer esclarecimentos após a realização das entrevistas, caso houvesse necessidade. As gravações, por sua vez, totalizaram cerca duas horas que, posteriormente, quando transcritas, somaram 44 páginas de dados brutos, os quais serviram de base para as análises expostas no tópico seguinte deste trabalho. Todavia, diante do intuito de que sejam preservadas as identidades pessoais dos profissionais, o material não constará nos apêndices, sendo feita a caracterização das falas a partir da profissão e do número de identificação da ficha de entrevista.

De modo geral, apreende-se que o momento da pesquisa de campo possibilitou consistência não apenas de cunho teórico, mas conforme sinaliza Zaluar (1986), também no sentido político-prático, tendo em vista que,

A pesquisa é prática, é ação, leve este nome ou não. E é política não só no sentido amplo de que é datada e se inclui nos movimentos políticos, nacionais e internacionais, nas discussões e lutas políticas mais amplas, sejam estas explicitadas num projeto restrito que inclui a participação dos grupos locais a serem estudados, sejam elas parte de projetos, que embora presentes e influentes em muitos discursos feitos na sociedade, não chegam nunca a ser articulados de modo explícito no projeto de pesquisa propriamente dito. Mas o texto final do antropólogo pode vir a ser manancial teórico e prático para as lutas específicas que os grupos estudados travam na sociedade sem que o antropólogo seja porta-voz ou líder, muito menos o representante do grupo que estuda. Quando muito, um aliado (p. 116).

Como é sabido, o presente estudo seguiu com o intuito de desvelar de forma analítica aspectos presentes numa realidade concreta a qual, neste caso, referiu-se ao curso da implementação de uma política de saúde penitenciária destinada à população interna feminina de João Pessoa. Por se tratar de um estudo de caso, as informações coletadas dizem respeito especificamente ao Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão, num dado momento histórico e, portanto, passível de transformações institucionais, políticas e rotineiras, que podem ocorrer inclusive no decorrer do processo de tabulação, inferências e interpretação dos dados que foram coletados.

3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PNAISP NO ESTADO DA PARAÍBA

No contexto do Sistema Penitenciário Paraibano, especificamente, a adesão à PNAISP ocorreu em 03 de Junho de 2015 por meio da Portaria 675, trazendo consigo algumas peculiaridades que merecem destaque. Por exemplo, a política de saúde no estado atualmente é gerida a partir da corresponsabilização firmada entre Secretaria de Estado de Administração Penitenciária - através do setor da Gerência Executiva de Ressocialização; e a Secretaria de Estado de Saúde – por meio da Coordenação de Saúde Penitenciária. Juntas, elas representam o cumprimento e observância do que está disposto no Art. 19 da PNAISP (BRASIL, 2014):

Será instituído Grupo Condutor da PNAISP no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, formado pela respectiva Secretaria de Saúde, pela respectiva Secretaria de Justiça ou congênere, pela Administração Prisional ou congênere, pelo Conselho de

Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do respectivo Estado e pelo apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

I - mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais em cada fase de implantação e implementação da PNAISP;

II - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP no Estado e no Distrito Federal;

III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP; e

IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP.

Cabe destacar que no período anterior à adesão da PNAISP no estado, a prestação dos serviços de saúde era desenvolvida de modo fragmentado. Primeiramente, é importante esclarecer que a gestão das ações de saúde – anterior até mesmo ao PNSSP – era direcionada a partir da chamada “Secretaria de Cidadania e Justiça¹⁹”, a qual surgiu em 2007. Relevante ressaltar, com base em Barbosa et. al (2014), que o PNSSP, instituído nacionalmente no ano de 2003, entrou em vigor no estado, especificamente, apenas em 2009, o que significa o atraso de seis anos pós a publicação da Portaria e explica a trajetória histórica da defasagem nos serviços de saúde prisional do estado.

Já por volta do ano de 2011, houve uma mudança de gestão e, com ela, o órgão responsável pela gestão e fiscalização do Sistema Penitenciário Paraibano se transformou em “Secretaria do Estado de Administração Penitenciária”, situando em sua composição o setor da Gerência Executiva de Ressocialização. Desse modo, diz-se que,

Num contexto geral, fazendo uma historicidade do processo, é... A gerência ela foi... Foi criada só em 2011, é... Juntamente com a mudança também da Secretaria. Porque a Secretaria era Secretaria de Justiça também, Cidadania e Justiça. E só após 2011, ela se tornou Secretaria de Administração Penitenciária e, a partir daí, também foi criada a Gerência Executiva de Ressocialização, com o intuito de trabalhar, né?, o fomento de uma Política efetiva de Reintegração Social, conforme diz a LEP. Então, a partir daí, foi criado o programa norteador, que é o Programa Cidadania e Liberdade que trabalha com cinco vertentes, que seria: educação; trabalho; saúde; família; e cultura- e a gente também inclui o esporte nesse contexto, entendendo também como processo socializador. É... A partir daí, a gente tentou estruturar, minimamente, uma equipe para que pudesse desenvolver e efetivamente colocar em prática as ações voltadas a cada um desses eixos, com a perspectiva da garantia ao acesso de direitos das pessoas privadas de liberdade no estado (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

¹⁹ O site oficial do Governo da Paraíba dispõe de informações, ainda que sem muito detalhes, acerca da historicidade da atual SEAP, a qual passou por várias denominações, desde que surgiu. Assim sendo, indica-se conferir: <<http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/a-secretaria/>> Acesso em 03 Jun. de 2016.

A Gerência Executiva de Ressocialização, por sua vez, quando questionada acerca da historicidade de ações desenvolvidas para operacionalizar a Política de Saúde, respondeu que, por conta da adesão feita recentemente, ainda pode-se afirmar que as ações se encontram na esfera da implementação, lembrando que mesmo com a incorporação da Política ainda não foi repassado nenhum recurso financeiro²⁰ para o Estado. Assim sendo, o processo de transição do PNSSP para a PNAISP foi descrito da seguinte forma pela Gerente Executiva da SEAP:

A gente falar de “historicamente” é bem prematuro porque como a Gerência foi criada só em 2011, né? Então, a gente nem tem esse tempo, né?, tão grande pra que a gente pudesses realmente efetivar. A gente ainda pode dizer que a política afirmativa de garantia de direitos dentro do Sistema ainda é muito embrionária, pelo menos aqui no estado. Porque o que se acontecia eram ações isoladas. Não eram ações, é... Integradas, ações planejadas pra sua execução e avaliação... Então, eram ações isoladas e soltas. Então, só a partir de 2011, que a gente foi programar [entonação na voz] um conjunto de ações, né? E, efetivamente, implantar uma política. Então, tudo ainda tá na base da implementação, né? E aí, nesse processo também de planejamento, de implementação e de avaliação é embrionário, mas que já tem surtido efeitos [...] A política de Atenção à Pessoa Privada de Liberdade foi um fomento de discussão de anos anteriores. [...] Nós tivemos Encontros Nacionais, onde estávamos discutindo a formatação dessa Política. Então, assim, foi bastante interessante porque tanto o Ministério da Justiça, através do Departamento Penitenciário Nacional – que tem uma coordenação específica de saúde, assim como a gente tem aqui na Secretaria de Administração Penitenciária – juntamente com o Ministério da Saúde, foi feita essas discussões com os estados. É... Apesar de que muita coisa que a gente discutiu, ela não foi incorporada na política, mas eu acho que a gente pode assegurar que ela é fruto de uma discussão da necessidade de ampliação e de seguridade na garantia da efetivação desse direito à saúde às pessoas privadas de liberdade, que o Plano ainda deixava mais solto, né? Então, a Política, ela vem tentar amarrar dentro desse contexto. [...] A adesão da Paraíba foi em 2015 pela Portaria 675 do Ministério [...] que tem que ser feita entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Administração Penitenciária. Então, foi mandado pra Brasília, foi publicada a nossa adesão e, a partir daí, se vislumbrou uma perspectiva de avanços. Porém, é importante ressaltar que - não sei se pela conjuntura nacional hoje, de contenção de recursos, de dificuldades financeiras a nível nacional- até o momento não houve um único repasse, efetivamente, da política para o Estado da Paraíba (Entrevista Nº 01).

Com base nisso, as equipes de saúde atualmente estão situadas em regiões geoadministrativas, dando suporte a 79 unidades (dentre penitenciárias, cadeias públicas, colônia agrícola, etc.). De modo geral, a partir da entrada do PNSSP em vigor e a posterior publicação do Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário²¹, ficaram previstas 18 equipes multidisciplinares de saúde para ser introduzidas em unidades do Estado,

²⁰ Tal afirmação acerca da escassez do repasse financeiro ocorreu no dia 30 de Maio de 2016 (período em que a entrevista foi realizada). Desse modo, esclarece-se que a pesquisadora não obteve acesso a nenhum dado atualizado acerca desse aspecto após a data mencionada.

²¹ Disponível em: < <http://paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/programas/saude-nos-presidios/>> Acesso em 03 de Jun de 2016.

mas inicialmente apenas 07 destas foram implantadas, situadas nas cidades de João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Guarabira.

Faz-se necessário destacar que nenhuma Penitenciária Feminina estava inclusa neste quantitativo até então. A partir da mudança de gestão ocorrida em 2011, todavia, buscou-se o aumento do número de equipes e, atualmente, com 11 estabelecimentos implantados, só o Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão possui uma unidade de saúde em seu interior, conforme se pode identificar a partir da seguinte fala:

Com relação à saúde, quando a gente assumiu em 2011, já estava em vigor o Plano. Nós tínhamos 07 equipes só... Implantadas. Funcionando a partir da Portaria do Plano, né? E... A partir daí, a gente buscou junto ao Ministério e junto à Secretaria de Saúde a ampliação dessas equipes, até porque o Plano, ele preconizava que a gente tinha direito a um quantitativo maior de equipes. Então, a partir daí, a gente conseguiu aumentar de 07 pra 11 equipes - nesse período de 2011 até 2016. A gente conseguiu aumentar em 11 equipes, que estão divididas, num contexto geral, aqui no estado, em regiões geográficas estratégicas, né? A gente... Tem 79 unidades prisionais no estado. De grande porte, a gente tem mais ou menos, 18 unidades. E a gente tenta fazer com que essas equipes, em alguns momentos, eles também dê um suporte a outras unidades. A exemplo, nós temos 04 unidades femininas. Apenas o Maria Julia tem uma unidade própria [...] (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Destaca-se que de 78 unidades²² prisionais paraibanas, o relatório do Infopen (2015) apontou que 17 possuem médicos em seu interior, não necessariamente equipes multidisciplinares, mas profissionais isolados²³. Como é sabido, através das entrevistas junto aos gestores, apenas 11 unidades possuem o módulo de saúde minimamente estruturado, ficando cerca de 80% das instituições penitenciárias dependentes da cobertura desses módulos ou de serviços externos. Neste sentido, o panorama atual indica que as equipes que não possuem unidades de saúde em seu interior, são subsidiadas por meio da prestação de atendimento de uma equipe pertencente à Penitenciária mais próxima. Assim sendo, a rotatividade dos serviços funcionam da seguinte forma:

A Coordenação de Saúde trabalha justamente junto às onze equipes de Saúde Prisional que a gente tem hoje no Estado, certo? E... Ela monitora essas equipes. A gente acaba sendo o ponto de apoio dessas equipes. Elas estão subordinadas a

²² Oficialmente, a Paraíba possui 79 unidades prisionais ativas, conforme indica a Gerência de Planejamento Segurança e Informação da Paraíba (GEPLASI). Entretanto, a cartilha do Infopen (2015) registrou o montante de 78. Por esta razão, todas as vezes que este texto remeter aos resultados dispostos pelo Infopen será considerado o quantitativo utilizado pelo estudo do órgão, por compreender que as estatísticas resultantes de seu levantamento foram feitas com base no número de unidades utilizadas para tal.

²³ O Infopen (2015) contabilizou que, até Junho do ano de 2014, havia alocado nas unidades prisionais paraibanas o seguinte quantitativo de profissionais de saúde: 18 enfermeiros; 22 auxiliares técnicos de enfermagem; 19 cirurgiões dentistas; 12 Auxiliares de saúde bucal; 19 médicos clínicos geral; 03 médicos ginecologistas; 03 médicos psiquiatras; 0 médico de outras especialidades.

Coordenação de Saúde Prisional também. E aí, essas equipes são equipes multiprofissionais e são compostas por sete profissionais, certo? Um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem. É... O dentista, o ACD que é um Auxiliar de Consultório Dentário; o psicólogo e o assistente social. Então, são sete profissionais. As equipes estão localizadas onde? Sendo de fora do Estado pra dentro. Aliás, de dentro pra fora, a gente tem uma equipe de Cajazeiras, certo? Que é no padrão de Cajazeiras. Sete profissionais. E é a equipe que dá apoio a cadeia feminina de Cajazeiras nas quartas feiras, né? Que é uma vez por semana que dá apoio à cadeia de Cajazeiras que é o feminino. Em Patos, que é o masculino de Patos, certo? O masculino de Patos funciona da mesma forma com o feminino de Patos. Eles dão apoio ao feminino de Patos. Aí a gente vem pra... É... Guarabira. Guarabira a gente tem uma equipe também, um presídio e, nas quartas feiras lá... Nas quintas, eu acho, que é o dia de visita, dá apoio lá num outro presídio, uma vez por semana. [...] Depois a gente tem Campina Grande. Campina Grande a gente tem duas equipes. Uma no Complexo do Serrotão [...] E uma padrão que é a Máxima. A equipe da Máxima ela dá apoio uma vez por semana no feminino de Campina Grande, que é menor. Hoje tem umas cem reeducandas. Nesse número, nessa faixa. E aí, a gente vem pra Santa Rita. A gente tem uma equipe em Santa Rita. E em João Pessoa... Tem cinco equipes em João Pessoa. Onde? A gente tem no Júlia Maranhão, Sílvia Porto, no Róger... Aqui, no Instituto de Psiquiatria Forense... A gente tem... É... No PB1. PB1 que é ali o de Jacarapé. Então, são essas as onze equipes que estão distribuídas no Estado, certo? (Coordenação de Saúde Penitenciária da SES, Entrevista Nº 02).

Desse modo, em comparação com o quadro das estatísticas nacionais, o estado mantém-se na mesma lógica deficitária de unidades de saúde. A compilação de dados do relatório emitido pelo Infopen (2015) sinaliza que, nacionalmente, 37% das unidades prisionais do país possuem módulo de saúde, isto é, apenas cerca de um terço das prisões brasileiras, apontando que maioria delas não dispõe de condições para promover atendimento internamente.

Por outro lado, no que concerne à inserção das unidades em prisões femininas, apresenta-se uma discrepância entre os dados do estado e os nacionais. A Paraíba possui 03 instituições femininas, contudo, apenas o CRFMJM aloca uma equipe multidisciplinar. No panorama geral do país, por sua vez, as unidades femininas são as que mais possuem módulos de saúde integrados, contabilizando aproximadamente 52% do montante total de instituições penitenciárias.

Com relação ao Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão, especificamente, a equipe de saúde foi estabelecida quando o Plano ainda estava em vigor, mas até o ano de 2014 os profissionais trabalhavam sem espaço adequado para a realização dos atendimentos:

A gente implantou a equipe e, depois, acho que em um ano a gente conseguiu estruturar. [...] Então, a equipe chegou primeiro e a gente, com muita batalha, que conseguiu estruturar fisicamente por essa preocupação de ser a unidade que tem o maior número de mulheres. Então, segue nos moldes do Saúde da Família (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Neste sentido, de modo geral, alguns aspectos como condições estruturais do PSP, promoção à saúde humanizada, ações em combate aos agravos mais frequentes, capacitação dos profissionais, dentre outros, servirão como norte das análises que se seguem, a partir da coleta de dados em campo, com o intuito de caracterizar a política de saúde desenvolvida na referida unidade.

3.4. CATEGORIAS ANALÍTICAS DOS DADOS COLETADOS

3.4.1. Contribuições para a promoção de uma saúde humanizada

A promoção à saúde humanizada corresponde um dos princípios da PNAISP (2014) disposto em seu Art 3º, inciso IV, e assinala a “promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos” das pessoas privadas de liberdade, no ambiente prisional. Nesse sentido, quando questionado aos profissionais de que modo cada qual contribui para, a partir das atribuições de suas respectivas especialidades, promover uma saúde humanizada no interior da instituição, foi revelado que grande parte da equipe possui uma compreensão do que vem a ser “saúde humanizada” e se empenha em viabilizá-la.

Bem, assim... Como eu tenho já experiência de PSF [...] Eu já tenho, assim, essa prática, né? De um atendimento humanizado, de ver o paciente como um todo, de maneira integral. Então, aqui o que eu procuro fazer é ter paciência e calma em atender. Ouvir... Tentar explicar... [...] Eu tento humanizar principalmente tocando um pouco no paciente, olhando no olho, ouvindo, atendendo sem pressa, certo? Tratando ele como pessoa, né? Como pessoa. De uma maneira “totalitária”, sem ver exatamente um furúnculo que ela tem... Um problema na mão... Vendo a paciente como um todo [...] Eu falo pra elas assim, que a gente pode promover a saúde, mesmo tendo a doença, evitando as complicações da doença. Quer dizer, eu to promovendo saúde, a partir do momento que elas são já doentes, uma doença crônica, mas eu posso evitar, por exemplo, um pé diabético de amputar e isso vai levar ao óbito. Então, eu falo muito na alimentação também, certo? [...] Então, essa parte educativa... [...] A história da integração, assim, com a parte psicológica também... Que interfere! (Médica, Entrevista N° 04).

Na parte de acolhimento e motivação, né? Quando a apenada chega no presídio que... Quando é a primeira vez... É... Tem a parte do acolhimento, da orientação, como funciona, né? Porque, de certa forma, elas chegam com bastante medo, então a gente, de certa forma, tanto a Psicologia quanto o Serviço Social acalma a apenada, né? A paciente, e... Explica quais, é.. Qual a forma de tratamento aqui (Psicóloga, Entrevista N° 06).

Convém detalhar que a humanização na saúde, segundo explana Rech (2003), é um processo pautado na dignidade da pessoa humana, o qual preconiza o trato do indivíduo debruçando sobre ele um olhar singularizado, considerando seus valores e vivências como únicos e criando condições para que se possa prestar um atendimento sem discriminação pessoal. Em outras palavras, a promoção à saúde humanizada requer considerar as múltiplas circunstâncias que compõem o sujeito, dadas a partir das dimensões sociais, psíquicas, culturais, dentre outras; entendendo a saúde para além de uma perspectiva que enfoque tão somente suas necessidades biológicas.

É importante ressaltar ainda que, embora não se pretenda empenhar uma discussão mais aprofundada a respeito, Paim (1999) sinaliza a existência de diversos modelos de atenção à saúde que vão desde o de caráter médico-curativo – o qual centra as intervenções exclusivamente no trato da doença – até ações que se destinem apenas à contenção das demandas diárias, sem se empenhar em investigações, prevenções e promoção de ações que subsidiem um serviço integral. Contudo, assinala-se que o modelo incorporado pela PNAISP com base nas disposições do SUS possui uma abordagem importante por compreender a saúde em seu caráter coletivo, subsidiando ações através da conjunção de recursos físicos, tecnológicos e humanos de modo universalizado.

Assim sendo, uma vez que o indivíduo passa a ser percebido a partir de sua totalidade, o processo de humanização requer uma articulação maior entre as diversas especialidades profissionais para que se preste um atendimento integral aos usuários dos serviços, ultrapassando a lógica isolada do trato da doença e desenvolvendo ações que englobem a promoção, prevenção, proteção e recuperação. Apesar disso, é possível complementar com base em Sarreta (2009) que a,

[...] Integralidade é a confluência de vários saberes de uma equipe de saúde, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, os quais devem estar organizados e preparados de forma aberta para receber as necessidades de saúde não previstas em rotinas e protocolos (p. 91).

Não obstante, Fortes (2004) sintetiza que a década de 1990 chegou a ser considerada o momento do ápice das discussões acerca da humanização na saúde brasileira. Tal período, por sua vez, culminou em dois marcos legais posteriores de grande relevância que aqui merecem destaque. Primeiro, em 2001, surgiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o qual foi lançado por intermédio do Ministério da Saúde e possuía o

intento de promover o atendimento humanizado, transformando os padrões de assistência ao usuário no ambiente hospitalar.

Em seguida, foi implementada no ano de 2003 e está vigente até os dias atuais²⁴, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS), objetivando ultrapassar a promoção da humanização no ambiente hospitalar e atingir outros níveis de atenção à saúde, lançando propostas a nível de atendimento, qualificação dos serviços prestados e gestão dos princípios e diretrizes do SUS.

Assim, entende-se que a inserção do trato humanizado direcionado à população penitenciária significa não apenas um rompimento com as barreiras impostas pelo estigma do cárcere, mas também possibilita uma luta de combate à negação de direitos historicamente impetrada na vida das pessoas que cumprem pena privativa de liberdade.

Por outro lado, demonstrou-se que, mesmo havendo comprometimento por parte dos profissionais, nem sempre há condições suficientes para promover tal princípio, como se pode perceber a partir do discurso a seguir:

A gente, no caso, idealmente, a gente deveria fazer atendimentos ambulatoriais igual a um PSF, tipo extrações, restaurações... É... Limpeza, algumas detecções de câncer de saúde bucal como as lesões de boca mesmo... Mas, como a gente tem a dificuldade dos insumos que não vêm, o que a gente acaba fazendo é só medicação de urgência. Então, a minha atribuição na realidade mesmo o que a gente faz é isso. Só que como promoção de saúde, eu criei um banner que é de autoexame da boca. Então, algumas vezes por mês, eu vou pro pavilhão, reúno algumas apenadas e faço essa “palestrinha”, aí elas já ficam mais interessadas em aprender, questão de detectar lesão elas mesmas e ainda de higienização bucal. Mas, é a única parte assim que a gente consegue trabalhar na odontologia mesmo. Por enquanto [entonação da voz] (Cirurgiã Dentista, Entrevista Nº 05).

Fortes (2004) aponta que uma das principais propostas levantadas pelo movimento de humanização da saúde se refere à sustentação de melhorias das condições necessárias ao desenvolvimento das ações e, por esta razão, necessita-se empreender esforços para viabilizar os aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, contudo, estes fatores independem do esforço subjetivo de cada profissional, por estarem relacionados à esfera da gestão da política. Tendo isto em vista, a categoria analítica seguinte trará aspectos mais detalhados acerca dos entraves enfrentados cotidianamente no setor de saúde do CRFMJM.

²⁴ Cf: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_10_anos_politica_nacional_humanizacao.pdf> Acesso em 01 Jul de 2016.

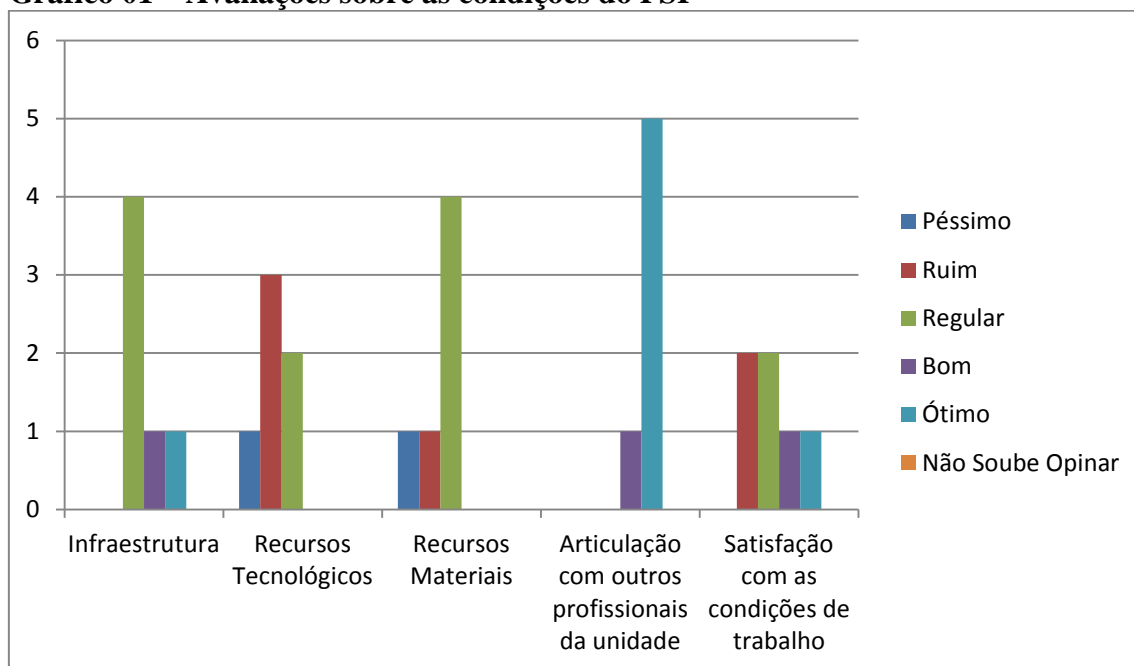
3.4.2. Dificuldades enfrentadas no interior do PSP

O Programa de Saúde Penitenciária (PSP) segue o mesmo perfil de um Programa de Saúde da Família (PSF), isto é, constitui uma Unidade Básica de Saúde inserida no interior de uma instituição prisional permitindo à população carcerária a abrangência do Sistema Único de Saúde, com o intento de contribuir com o controle e/ou redução dos agravos de saúde mais incidentes a esta população.

Desse modo, para a manutenção de um funcionamento regular num PSP, é necessário, conforme aponta Barbosa (2014), que a unidade de saúde possua condições físicas estruturadas, disponibilidade de materiais e insumos para a realização dos atendimentos. Importa frisar, neste sentido, que o módulo de saúde do CRFMJM conquistou sua estrutura física algum tempo após a inserção dos profissionais na unidade. Há trabalhadores de Saúde, a exemplo da enfermeira, que atua na unidade há mais de 03 anos e as salas de atendimentos, por conseguinte, foram inauguradas há pouco mais de 02 anos²⁵.

Com o intuito de apreender a percepção dos profissionais acerca das condições do PSP em que estão inseridos, à parte das entrevistas feitas com base no roteiro de questões abertas, aplicou-se um questionário a fim de que os trabalhadores da saúde opinassem, por intermédio de uma escala, suas impressões. Desse modo, o gráfico a seguir denota numa escala de zero a seis profissionais – que participaram da pesquisa - um panorama geral dessa assimilação.

²⁵ Conforme o registro no site oficial da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, o setor de saúde do CRFMJM foi inaugurado no dia 15 de Abril de 2014. Informação disponível em: <<http://paraiba.pb.gov.br/penitenciaria-feminina-ganha-setor-de-saude-para-atendimento-de-reeducandas/>>. Acesso em 02 Jul. de 2016.

Gráfico 01 – Avaliações sobre as condições do PSP

Fonte: Primária.

Junto ao gráfico, seguem alguns exemplos de discursos que contribuem para que se entenda expressamente o contexto de condições em que estão inseridos cotidianamente os profissionais:

Então, a sala não é totalmente adequada para o atendimento psicológico porque existe o atendimento de outros profissionais também na mesma sala, né? Então, existe maca na sala, existe armário com medicamentos... Então, o atendimento não é feito de forma eficaz porque há sempre... O pessoal sempre fica interrompendo, porque precisa entrar pra pegar alguma coisa e... De certa forma, quebra o raciocínio. E... Como o prontuário também é geral, não é só um prontuário psicológico, é... A gente acaba fazendo poucas anotações pra não expor a vida da presa, né? Aliás, da reeducanda! E... Para ter um prontuário psicológico, eu precisaria ter um armário com chaves, que só eu tivesse acesso, mas aqui não existe. O armário que tem pra guardar prontuário é geral e todo mundo tem acesso (Psicóloga, Entrevista Nº 06).

[Para] a articulação com a rede, a gente faz, basicamente, com os nossos celulares. A gente faz com o celular da gente mesmo porque aqui... É... Não tem telefone aqui perto do serviço de saúde. Tem lá na Direção, mas fica longe... Não dá pra gente ficar atendendo e ir telefonar. [...] (Médica, Entrevista Nº 04).

É o seguinte: eu faço alguns tratamentos aqui... Mas, não são oferecidos pela... O material não é dado pela Secretaria. Eu que vou atrás e consigo doações de pessoas... Amigos meus, da minha vida mesmo... Eles fazem doação e eu consigo fazer algumas restaurações, algumas estéticas aqui enquanto tem material. Não é de rotina isso, mas eu consigo fazer alguma coisa ainda, independente das licitações, dos materiais que vêm da coordenação, certo? (Cirurgiã Dentista, Entrevista Nº 05).

Muitas vezes, eu entro em contato com a família para informar... Às vezes, até pedir medicação, dependendo da medicação que não tenha na unidade, tá entendendo? Eu sempre entro em contato com a família pra que a família providencie esse tipo de medicamento (Assistente Social, Entrevista Nº 08).

Pelo que se pode perceber, o setor de saúde no CRFMJM conta apenas com uma sala específica para a Assistente Social e outras salas destinadas para os consultórios odontológico, médico e de enfermagem. Neste âmbito, a profissional da psicologia atende, conforme seu depoimento, em espaços avulsos nos consultórios das outras especialidades, o que implica num grande entrave para a realização de seus atendimentos, os quais necessitam de espaço para a manutenção de sigilo.

Ademais, também se relatou que os recursos tecnológicos, avaliados como “ruim”, se apresentam como outro aspecto dificultador do trabalho dos profissionais, de modo geral, junto com a disposição de materiais que, embora avaliados como “regular”, costumam ser viabilizados a partir de ações particulares com iniciativa própria dos servidores da saúde e/ou doações de terceiros. Neste contexto, a satisfação com as condições de trabalho foi denominada entre “regular” e “ruim”, sinalizando os impasses que são impostos ao âmbito de execução da política de saúde.

A única avaliação que se alcançou, em sua maioria, o parâmetro “ótimo” foi referente ao estabelecimento de articulação com os outros profissionais da unidade –aspecto que será aprofundado com mais detalhes no item 3.4.6.

3.4.3. Ações de controle e/ou redução dos agravos de saúde

Na percepção da Cirurgiã Dentista e da Auxiliar de Saúde Bucal, o agravo mais frequente com o qual o setor da odontologia se depara em seu cotidiano de atendimento diz respeito à cárie. Assim sendo, apesar de os entraves para o tratamento estarem relacionados ao uso compulsivo do crack além da falta de insumos que subsidiem as iniciativas de combate, relatou-se que a ação corriqueira mais adotada costuma ser o incentivo ao uso de enxaguante bucal anti-bacteriano.

Elas sentem muito dor de dente, sabe? Elas também, assim, por causa do crack, muitas delas, é... Têm os dentes todos “estragados”. E também, assim, muitas vezes, elas querem ter uma boca saudável, mas o vício não deixa, né? (Auxiliar de Saúde Bucal, Entrevista Nº 07).

[...] Quando elas [as reeducandas] chegam pedindo um atendimento pra alguma limpeza e já como a gente não tem insumos, a gente oferece um enxaguante bucal, pelo menos já faz alguma coisa pra tentar “controlar” [ênfase na voz] esse agravo

que seria, no caso, a cárie que é o maior agravo que tem aqui, né? E aí... É... A minha percepção é que essa população ela já vem com os problemas lá de fora. Mas, quando elas chegam aqui dentro que percebem que tem um atendimento só pra elas, então elas começam a procurar, a ter iniciativa de querer se tratar. Não é só na odontologia. Isso é com relação ao médico, com relação à enfermagem... (Cirurgiã Dentista, Entrevista Nº 05).

É importante destacar, com relação à última fala precedente, que nem sempre a busca recorrente pelo setor de atendimentos de saúde indica uma conscientização por parte das reeducandas para os cuidados de si mesmas. Lemgruber (1987) lembra que o que vem a ser visto como “mania de doença” das pessoas privadas de liberdade pode ser explicada a partir da própria condição de vida que a prisão lhes impõe: a situação de enclausuramento. Ocorre que o confinamento cotidiano aliado a uma condição de ociosidade fornece uma sensação de inquietude, resultando na proliferação de sintomas que tão logo, independente de serem reais ou imaginários, tornam-se em “ideia fixa”.

Com relação às ocorrências levadas à medicina e à enfermagem, respectivamente, foi percorrido pelas profissionais, quase que de modo unânime, uma quantidade significativa de casos de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Além disso, também foi relatado sobre a ocorrência de tuberculose, todavia, o grande quadro preocupante na instituição se referiu às DST's, sobretudo os crescentes casos de Sífilis. Definiu-se de grau preocupante não apenas pelo percentual em larga escala de contração da doença, mas, principalmente, pela ausência de medicamentos necessários ao seu combate.

Aqui tem muita sífilis. Aqui tem muito diabetes e hipertensão. Aí tem o tratamento. Só que o tratamento é medicamentoso e o não medicamentoso. E sífilis, no caso, tá faltando o medicamento. [ruído] Tratar sífilis... Eu acho isso uma coisa muito grave e que a gente tenta articular sempre, a equipe toda junto com a gerência, pra ver de que maneira a gente pode tratar a sífilis... Porque não tem Benzetacil. Então, com todas as pacientes, a gente fez um mutirão aqui. E todas as pacientes que têm família, a gente pediu para comprar uma outra droga que é oral, Doxiciclina, para ver se elas compram. Mas, tem algumas pacientes aqui que estão sem tratamento com sífilis, né? [...] Tuberculose não falta medicamento, hipertensão não falta medicamento, nem diabetes. Só falta para Sífilis (Médica, Entrevista Nº 04).

Hoje, eu digo, aqui no Julia Maranhão, a gente tem 60% das reeducandas com Sífilis e não está sendo feito tratamento por conta da matéria que é a Penicilina que está em falta a nível nacional. O Ministério da Saúde já faz mais de 06 meses que não envia essa medicação. É... A maioria delas, não tem condições de comprar e, as que têm, estão tendo dificuldade de encontrar nas farmácias. Então isto aí já é uma questão que foi levantada também na Assembléia Legislativa por um deputado. Já foi cobrado tanto pelo pessoal da Secretária de Saúde da parte de DSTs como este deputado também, e o Ministério não dá resposta. E a gente tá assim, preocupada com o número crescente [...] De 10 testes que eu faço, 04 dá positivo para sífilis, e todas estão sem tratamento. (Enfermeira, Entrevista Nº 03).

Conforme disposto pelo Infopen Mulheres (2015), nacionalmente, a incidência de agravos transmissíveis acomete com maior frequência a população carcerária feminina. Aproximadamente 48% das mulheres custodiadas pelo Estado brasileiro são portadoras de HIV e 35% delas foram diagnosticadas com Sífilis. Por outro lado, a contabilidade da taxa de tuberculose foi apontada como maior referente à população masculina: são em torno de 26,6% dos homens para 4,8% de mulheres diagnosticadas com tal agravo.

O contexto nacional aponta que o agravo mais recorrente, de modo geral, segue sendo o HIV, com o diagnóstico de 2.864 pessoas para cada mil presos. Por outro lado, o panorama paraibano, especificamente, se apresenta de modo destoante perante o quadro nacional. Conforme se pode observar na tabela que se segue, o estado tem vivenciado um crescimento de casos de Sífilis, não só em comparação aos casos de HIV, mas também em relação aos demais agravos.

Tabela 01. Taxa de pessoas para cada mil presos²⁶

HIV	SÍFILIS	HEPATITE	TUBERCULOSE	OUTROS
53	318	308	143	09

FONTE: Infopen (2015), dados referentes à Paraíba em Junho de 2014.

Na população brasileira, de modo geral, foi constatado por intermédio do Boletim Epidemiológico de Sífilis (2015), que há um notável crescimento de notificações em casos de Sífilis recorrente em gestantes no país. Os dados referentes ao ano de 2013 apontavam que a taxa de infecções para cada mil nascidos vivos era de 7,4. Já no ano de 2014, essa contabilidade passou para 9,7 casos. Para se ter uma dimensão mais precisa, o levantamento indicou que no intervalo compreendido entre os anos de 2005 a 2014, registrou-se mais de cem mil casos de infecções em mulheres grávidas. Dentre as regiões de maior transmissão, considerando este mesmo intervalo de tempo, o Sudeste lidera com o registro de 42.469 casos, seguido da região nordeste com 23.726 notificações.

Contrastando os discursos dos profissionais acima expostos com o dos gestores, é possível apreender que há um esforço coletivo em busca de paliativos para conter, ainda que minimamente, a incidência e/ou evitar a prevalência de tal agravo, levando em conta que a dificuldade de se conseguir a medicação apropriada torna-se ainda maior ainda de maior, tendo em vista que o público de usuários a que se destina neste caso: a população prisional.

²⁶ Cabe salientar que, no período de Junho de 2014, apenas 33% das unidades possuíam informação a respeito da incidência de agravos, conforme sinalizado pelo Infopen (2015).

Não tem muito, infelizmente, o que fazer. Então, tudo que é pro sistema, é extremamente mais difícil porque é muito mais fácil tornar a população invisível do que encarar o problema e atuar [inaudível]. Então, nesse momento em que ta faltando a medicação, o que a gente tem feito é dialogado pra tentar, no momento em que chegar, a gente possa repassar. Mas, ta faltando, inclusive como [a coordenadora de saúde] relatou, no próprio mercado. É... Não só na rede de atenção pública, mas ta faltando na particular também. Então, é um problema nacional e que é importante que seja discutido [...] Tem-se buscado paliativos... Quando tem, digamos, tem pra todo mundo. Quando falta, usa Cefalexina injetável. Mas, [...] é um problema nacional, pra população privada e pra população em liberdade. E já tem detectado, não é só na população feminina, na masculina também (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista N° 01).

A despeito da distribuição da medicação apropriada para o tratamento de Sífilis – a chamada Penicilina cristalina – foi informado, por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde que desde o ano de 2014 busca-se uma solução para enfrentar a falta do medicamento. Dentre os entraves enfrentados, aponta-se a escassez da matéria prima necessária para a sua produção, a dificuldade de firmar contrato de distribuição de algumas indústrias farmacêuticas ou, até mesmo, recusa de readequação do valor do estoque, segundo informa a Agência Brasil²⁷.

Neste sentido, complementa-se, em referência a Oliveira (2015), que vários são os fatores de transmissão dos agravos recorrentes nas unidades prisionais. Dentre eles, o isolamento em condições de superlotação pode ser considerado como o principal responsável pela propagação das doenças de reeducando para reeducando, bem como para outras pessoas que transitam pelo ambiente, a exemplo dos agentes de segurança, familiares e apenados realocados. Este panorama, por sua vez, pode agravar ainda mais a situação de transmissão das doenças supramencionadas, quando se leva em consideração que um surto de determinada doença pode ter seu foco no interior de uma prisão e culminar numa propagação direcionada à sociedade em geral.

Tendo isto em vista, ao considerar que a população prisional é um grupo vulnerável à contração de infecções transmissíveis e afins, as Secretarias ressaltam o incentivo de medidas, para além do tratamento, por meio de ações preventivas com o intuito de chamar a atenção dos usuários não só para a importância dos cuidados com a saúde, mas também para evitar a incidência de agravos, conforme os relatos que se seguem:

²⁷ Notícia publicada em 03 de Março de 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2016-03/sifilis-avanca-no-pais-e-deve-superar-42-mil-casos-entre-gestantes-este-ano>> Acesso em: 07 Jul. 2016.

Então, cotidianamente, são realizadas buscas ativa de sintomáticos de TB²⁸ dentro da unidade prisional. Até porque isso é... A tuberculose dentro do sistema é algo que ainda é agravante, que ainda a gente tem um grande quantitativo. [...] Um risco de 28 vezes maior do que a população em liberdade [...] O controle e identificação de casos de hipertensão, de diabetes... Dentro da unidade. Isso é cotidiano. É prática cotidiana, além de todo esse amparo com relação à atenção básica. Então, como a equipe tá lá todos os dias, todos os dias são realizados atendimentos. Como é que se dá? A gente tem aqueles atendimentos que são solicitados, né? As equipes são orientadas a atender, mas não são somente às pessoas que solicitam. É necessário que se crie um cronograma de atendimento pra que se possam fazer buscas ativas cotidianas também àquelas que não solicitam. Porque dentro do sistema também há questões que não é como trabalhar em sociedade. Então, às vezes, há situações de que uma apenada, ela pode ser reprimida a não vim para beneficiar outra. Então, dessa forma, a gente cria um cronograma de atendimentos cotidianos aliado aquelas solicitações de demandas. Então, se a demanda for psicológica, é encaminhada pra psicóloga. Se a demanda for social, é encaminhada pra assistente social. Se a demanda for de saúde, ela vai ser encaminhada, dependendo da situação, ou pra enfermeira, ou pra médica, né? E assim, são encaminhadas. [...] A gente tem feito buscas ativas, inclusive com iniciativas do Governo Federal, a gente recebeu diversos kits de testagem rápida de fluido oral – o que facilitou, né? Mas, antes da gente receber o do fluido oral, a gente já fazia com o do dedo, então a gente faz buscas ativas contínuas dentro da unidade (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01)

A gente vê também um calendário do Ministério da Saúde. Quais são os meses? Por exemplo, tem o mês da Tuberculose, tem o mês que é o Outubro Rosa... Não é que a gente deixe de fazer o monitoramento durante todo o ano, certo? Porque algumas ações elas são rotinas de uma unidade prisional como as consultas que são feitas, teste de escarro [...] que é um agravo muito freqüente por conta da tuberculose – ela é uma atividade rotineira. Testagem rápida é uma atividade rotineira também. Então, citológico a gente faz, mesmo sem ser no período assim de... Outubro Rosa, saúde da mulher... A gente tem estendido essas ações. Elas são de rotina das equipes de saúde prisional por conta dos agravos dessa população. Então, a gente quando vai fazer o planejamento anual de ações de saúde, a gente se pauta nesse calendário do Ministério da Saúde também e... Aí geralmente a gente faz ações de que? De testagem rápida, voltado pra isso. De citológico, de tuberculose, de vacinação... (Coordenadora de Saúde Prisional da SES, Entrevista Nº 02).

Já no que se refere ao setor da psicologia, ansiedade e depressão foram colocadas como os principais agravos registrados no dia a dia dos atendimentos.

A parte de aconselhamento é o que mais... É... É o mais recorrente aqui, né? É o que acontece com maior freqüência, né? E... Assim... Os problemas maiores é ansiedade e depressão. Aí, existe o atendimento individual e o atendimento grupal. Geralmente, esse atendimento grupal ocorre em formas de palestra (Psicóloga, Entrevista Nº 06).

Hulsman e De Celis (1993) apontam que toda a estrutura que caracteriza o ambiente prisional – como, por exemplo, instalações inapropriadas em condições de superlotação durante o tempo de confinamento – conflui para o agudizamento de desgastes psíquicos, físicos e sociais ao indivíduo que nele está inserido cotidianamente, isto é, causa um impacto

²⁸ Leia-se “Tuberculose”.

em todas as dimensões da vida pessoal, sobretudo no âmbito psicológico. É válido destacar, diante disso, que o ambiente prisional proporciona efeitos sintomaáticos como irritabilidade, ansiedade, insônia e depressão

Em um estudo realizado por Guedes (2006), através de plantões psicológicos desenvolvidos numa delegacia de Belo Horizonte – MG revelou que um dos fatores que causam desgaste entre as mulheres reclusas diz respeito à ociosidade, por ausência de atividades recreativas ou falta de oferta de trabalho, indicando que muitas vezes a única oportunidade de saírem do convívio forçado coletivamente nas celas é frequentando atendimento médico ou psicológico:

Nesse sentido, o atendimento psicológico passa a ser um espaço valorizado pelas mulheres na medida em que oferece um espaço de reflexão e visibilidade social que, até o momento, não havia sido vivenciado por elas. Além disso, o atendimento, nesse contexto, contribui para proporcionar um momento de privacidade tão necessário ao enfrentamento da coletividade forçada [...] (*ibidem*, *s/i*).

Já no que tange ao protagonismo do Serviço Social, as ações corriqueiras adotadas para controlar e/ou reduzir os agravos de saúde já relatados seguem no sentido de realizar uma articulação entre as reeducandas e os profissionais de cada especialidade, a fim de que se encaminhe para o atendimento demandado.

Quando elas chegam à unidade, elas passam 05 dias no reconhecimento²⁹. Durante esse período, elas entram em contato com o Serviço Social, que é pra eu poder informar à família, pedir a questão da higiene pessoal para elas e detectar algum tipo de doenças que elas tenham, que é para eu poder encaminhar para a médica da unidade, certo? Para a enfermagem e tudo. Então, eu encaminho, dependendo da situação delas, eu encaminho [ruído]. Muitas vezes, gestantes, outras que já vem da rua, também já com doenças diagnosticadas, certo? Então, a gente encaminha... Eu encaminho para a enfermagem ou para a médica para que a gente possa dar continuidade ao tratamento, certo? (Assistente Social, Entrevista Nº 08).

Relevante é tecer, a partir da fala da profissional, alguns aspectos referentes às gestantes da unidade. O CRFMJM possui, atualmente, 10 reeducandas na chamada “Cela 15³⁰”, a qual aloca mães e bebês, além de mulheres em período gestacional. Apesar de os membros da equipe multiprofissional, de modo geral, não terem detalhado informações sobre

²⁹ Cela específica, na qual as recém chegadas ficam alojadas por cerca de 05 dias, enquanto recebem atendimento e orientações acerca do funcionamento da penitenciária, bem como um primeiro acesso aos serviços de assistência jurídica, de saúde e social, até que sejam levadas para o convívio nos pavilhões com as demais internas.

³⁰ A “Cela 15” é um espaço destinado à mulheres reclusas gestantes e/ou mães acompanhadas de seus filhos até os 06 meses de idade. Assim sendo, esclarece-se que o dado referente à quantidade de mulheres inseridas neste espaço foi disposto com base nos registros da própria unidade prisional no dia 16 de Junho de 2016.

agravos relacionados às gestantes, a Gerência Executiva de Ressocialização discorreu algumas iniciativas de promoção à saúde endereçada a este segmento, bem como sinalizou a caracterização do perfil dessas usuárias.

A gente, quando focou nessa implantação, a gente escreveu o projeto pro materno-infantil pra mandar, um dos motivos, também, foi o de que algumas mulheres estão sendo presas já gestantes e esse número tem aumentado, né? Grande parte das mulheres não estão engravidando dentro da unidade prisional. E, sim, sendo presas enquanto gestantes e a gente tem identificado que essas mulheres nunca fizeram um pré natal. Então, a primeira consulta pra o pré natal – às vezes, de mulheres com cinco, seis meses de gestação – tem sido feita dentro da unidade prisional. O que já uma situação complicada porque você tá pegando um processo no meio do caminho você não conseguiu identificar e acompanhar as situações desde o início. Então, é mais um motivo pra incluir essas mulheres numa gestação, pra que o parto seja executado dentro das unidades das maternidades de alto risco do estado. Porque a gente tem mulheres que foram presas com 08 meses e nunca fizeram um exame, uma consulta pré natal. Mulheres que já estão na sua quinta gestação, já estão na sua sexta gestação, né...? Então, é algo que é bem complexo e que eu acho que só evidencia as problemáticas sociais externas ao sistema (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Um estudo sobre a Saúde Materno-infantil nos presídios realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) no ano de 2015 revelou que cerca de 90% das mulheres são apreendidas já gestantes, o que desconstrói a falácia de que elas, na condição da privação de liberdade, engravidam para ter acesso a atendimentos especializados que costumam ser vistos como “regalias”, conforme publicado pela Agência Brasil³¹. Ainda é possível pontuar, com base na pesquisa, que a maioria das 447 reeducandas entrevistadas no período de Fevereiro de 2012 a Outubro de 2014, não desejavam a gravidez; 5% delas tentaram abortar e 50% chegaram a ser diagnosticadas com depressão pós-parto.

É possível elucidar, com base na pesquisa e no discurso precedente da gestora que uma gestante em situação de privação de liberdade requer um cuidado mais especializado, considerando todas as variáveis que lhe podem incidir sobre a vida materna e da criança (nas dimensões sociais, psíquicas e culturais). Indo além, é importante pontuar que a atenção à saúde da população feminina prisional não deve se restringir tão somente às mulheres grávidas.

Há que se destacar que, historicamente, a promoção à saúde da mulher - quando levado em conta, sobretudo, sua inserção no âmbito penitenciário-, costuma apresentar algumas fragilidades no que se refere às especificidades do atendimento prestado, conforme

³¹ Notícia publicada em 09/11/2015. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-11/estudo-mostra-que-65-das-detentas-gestantes-poderiam-estar-em>> Acesso em: 10 Jul 2016.

aponta Lermen et. al (2015). Denota-se tal aspecto concretamente quando se observa que, mesmo com o PNSSP prevendo a atenção à saúde da mulher por meio de ações como o pré-natal e o controle de cânceres uterinos e de mama, por exemplo, ainda restava uma lacuna no que concerne tanto a efetivação de tal direito, quanto à ampliação dessa noção de “saúde da mulher” que, em geral, acabava por priorizar apenas os direitos reprodutivos.

[...] A Mulher recebe maior atenção dentro do sistema quando vinculada a uma criança. Podemos pensar que a situação acima descrita é apenas um reflexo do modo com que a saúde da mulher foi – e por vezes ainda é – entendida pelas políticas de saúde de modo geral. Isso porque tais políticas frequentemente dão ênfase para os direitos reprodutivos da mulher, sutilmente agindo como um mecanismo de controle que captura e governa seus corpos, definindo o que as mulheres querem, se devem ou não ter filhos, quantos filhos ter e quando tê-los (*ibidem*, p. 914).

Com base nisso, a autora ressalta que o Estado tem tido que recorrer a legislações específicas para garantir normativamente os direitos da figura feminina no cárcere e, com isso, uma das medidas tomadas foi a operacionalização da chamada Política Nacional de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), por meio da Portaria Interministerial Nº 210, posterior ao PNSSP e à PNAISP.

Tal política, por sua vez, abrange especificidades concernentes à questão de gênero, sexualidade, maternidade, saúde mental dentre outros, sendo instituída por meio de uma parceria firmada entre a Secretaria de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Justiça, mas deixando de fora o Ministério da Saúde – o que sinaliza que a PNAISP, no âmbito da promoção dos serviços e ações de saúde ainda fica responsável por tal seguimento.

3.4.4. Participação dos profissionais em Cursos de Capacitação Continuada

Com relação à participação em cursos de capacitação ofertados pelas Secretarias de Saúde e de Administração Penitenciária, foram dados os seguintes relatos:

A Secretaria disponibiliza alguns cursos, sendo que não é na área de saúde mental, né? Então, eu já participei de curso pra TB³², curso de... DSTs, curso do... É... Das arboviroses, que tá tendo agora também... Só que em relação à saúde mental, a gente não teve. Eu já fiz uma especialização em saúde da família, que é como funciona o

³² Leia-se “Tuberculose”.

PSP, né? Que é como se fosse um PSF, mas não foi pela Secretaria. E na parte de saúde mental, eu participo sempre de Congressos, mas não faço nenhuma pós (Psicóloga, 03 anos de atuação no Sistema Penitenciário, Entrevista Nº 06).

Já fiz os cursos de capacitação, mas eu acho que deveria fazer o curso de capacitação pra ASB porque... Que eu me lembro nunca fez assim, e eu acho tão importante de capacitação para a ASB, porque faz com que você aprenda cada vez mais, sabe? Da sua profissão... Ta entendendo? (Auxiliar de Saúde Bucal – 04 anos de atuação no Sistema Penitenciário, Entrevista Nº 07).

Bom, com relação à capacitação da Secretaria de Saúde, nunca nos foi oferecido nenhum... Nenhuma capacitação com relação à odontologia. Não posso responder pelas outras profissões. [...] Eu to aqui há um ano e dois meses, então nunca me foi oferecido. [...] Agora, na minha vida profissional, independente daqui da Secretaria de Saúde, eu já fiz Especialização em Odontologia Legal, em Ortodontia, em Estética... Fiz Mestrado em Perícia Forense e tô no Doutorado em Odontologia. Então, é a minha vida profissional, que não tem a ver com a Secretaria de Saúde (Cirurgiã Dentista – 01 ano e 02 meses de atuação no Sistema Penitenciário, Entrevista Nº 05).

Sempre... A gente é convidada a participar de capacitações, mas infelizmente também com esta situação que a gente está no nosso país, desde o meio do ano de 2015 até a presente data a gente não tem feito capacitação. Está praticamente suspenso a nível nacional. A gente não, não fez mais capacitação. Mas, quando tem oportunidade, sempre a gente é convidada pela Secretária de Saúde do Estado (Enfermeira – 04 anos de atuação no Sistema Penitenciário, Entrevista Nº 03).

Conforme se pode constatar, por meio do que foi exposto acima, demonstra-se não apenas uma diminuição da oferta de cursos de capacitação por parte das Secretarias, como também uma inexistência de cursos de formação específica para cada especialidade – sobretudo no período em que o profissional inicia seu trabalho no interior do sistema penitenciário.

A importância de capacitar os trabalhadores da saúde, por meio da oferta periódica de formações continuadas é necessária ao aprimoramento do fazer profissional, tendo em vista que o conhecimento é sempre cumulativo, processual e transformador, isto é,

[...] Os estudos na área da saúde merecem cada vez maior atenção, não só pela importância que adquirem de ampliar o debate e análises do modo de pensar e agir dos sujeitos que aí são definidos e que vêm imprimindo significado, como pela presença significativa da população do País nessa área. O conhecimento, portanto, é um desafio e tem a finalidade de melhorar a vida das pessoas e a intenção de ampliar as alternativas apropriadas às mudanças da realidade (SARRETA, 2009, p. 29).

Sabe-se que o modelo de atenção ofertado pelo Sistema Único de Saúde e a efetivação de seus princípios são pautados, sobretudo, na universalidade e integralidade das ações e serviços prestados. Não obstante, o despertar para uma consciência crítica dos trabalhadores na área da saúde não apenas é necessário para reafirmar as diretrizes do SUS, como também disseminar e promover uma visão de “saúde” que ultrapasse a compreensão do modelo

centrado tão somente na doença. E esta iniciativa se faz possível por meio de formações que proporcionem tanto a especialização dos profissionais na sua área de atuação, em particular; quanto o preparo destes para atuar numa equipe multidisciplinar, interagindo com saberes de demais áreas.

Todavia, conforme destaca Sarreta (2009), o cotidiano profissional ainda segue esbarrando em antigos valores, mesmo com a adesão ao enfoque dos determinantes sociais - os quais justificam, inclusive, a importância da presença de uma equipe integrada multidisciplinar em campo que permita debruçar um olhar sobre o usuário a partir de suas múltiplas determinações (biológicas, psíquicas e socioculturais). Tal aspecto indica que,

Na realidade, observa-se que os serviços de atenção primária, mais próximos dos usuários e de sua realidade, deveriam enfocar a educação em saúde, contudo, acabam se restringindo à execução de tarefas dentro da lógica do capitalismo. Assim, apesar dos avanços postos pela mudança de paradigma da política de saúde, os atendimentos continuam sendo feitos dentro do modelo verticalizado tradicional, sem que haja qualquer manifestação de visão de mundo sócio-histórica. Algumas características do antigo modelo de saúde pública desdobram-se na dependência da dinâmica dos serviços técnico-administrativos e burocráticos institucionais, os quais tanto podem interrompê-los como perpetuá-los. Reforça-se a importância do processo em que todo o trabalhador da saúde enquanto sujeito histórico tem um papel de destaque na conquista do espaço dentro dos vários serviços para a introdução de ações de educação em saúde e participação (*ibidem*, p.87).

Ademais, por se tratar de profissionais inseridos num espaço de atuação completamente singular – que é o caso de uma prisão – requer-se um empenho maior para que seja promovido um atendimento de qualidade a uma população vulnerável, dado a sua situação de confinamento. Assim, o próprio confinamento, nas condições em que lhe são impostas, não apenas conflui para a proliferação de agravos de saúde recorrentes à população carcerária, como também incide, por meio de suas regras e jogos de poder internos, sobre a forma como serão encaminhados os serviços de saúde.

Com base nisso, Diuana et. al. (2008) detalha que não basta apenas pensar acerca da formação em saúde, por si só, tendo em vista ser imprescindível debruçar um olhar sobre as relações sociais que se instauram no próprio contexto de uma prisão. Em sua visão, por se tratar de um local, com regras e funcionamentos pré estabelecidos, o qual objetiva privar a liberdade e punir, o “acesso à saúde” pode vir a funcionar em muitos casos como um elemento de “merecimento”, “troca” ou “negociação”.

Destarte, neste contexto, o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde inseridos em instituições penais faz-se imprescindível, diante de uma infinidade de determinantes que perpassam o seu cotidiano de trabalho e que podem acabar por, de certo modo, dificultar e/ou

comprometer, por assim dizer, a prestação de seus serviços, lançando-se o desafio diário da capacidade de busca por mediação na medida do possível.

Nesse sentido, a contrapartida dada pela SEAP apontou que a escassez de recursos financeiros tem afetado a oferta dos cursos, resultando na diminuição e/ou paralisação total, em alguns casos. Por outro lado, diante deste contexto, têm-se empenhado um esforço na busca por alternativas, a exemplo de parcerias com instituições de ensino superior, como se pode perceber a partir do seguinte discurso:

A gente faz capacitações pra eles em parceria com a Secretaria de Saúde. Lá tem as coordenações estaduais de tuberculose... Então, com o passar do tempo, a população – pelo menos na coordenação de gerência – já tá sendo vista pela Secretaria de Saúde. Então, sempre que eles vão programar alguma capacitação, eles já incluem os profissionais da saúde prisional. Tuberculose, hipertensão, vigilância... Tudo! A gente já faz parte desse planejamento. [...] A gente tanto inclui dentro das capacitações macro, como a gente também busca essa capacitação. A gente tinha, inclusive que cessou, os recursos pra essas capacitações internas, né, junto com a rede de atenção, mas voltada especificamente ao sistema. Mas, com essa ausência de recursos, a gente tem diminuído as capacitações. Mas, a gente tinha capacitações, é... 3, 4 vezes num ano para as equipes de saúde. Com essa diminuição, ou essa não vinda dos recursos, isso foi um agente dificultador, mas a gente tem buscado parcerias com as instituições públicas. E aí, com as universidades. Então, a gente tem conseguido desenvolver parcerias com o Departamento de Saúde da Universidade Federal... Da Universidade Estadual da Paraíba... Então, eles têm sido parceiros também nessas capacitações, voltadas ao sistema, à saúde (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01)

Quando questionadas acerca da periodicidade das capacitações, bem como sobre a oferta de formações específicas para cada profissão, o posicionamento das secretarias foi dado da seguinte maneira:

Existe com todos os profissionais as capacitações, certo? São com todos os profissionais e são no decorrer do ano. Então, a gente faz, por exemplo, um mês... Vamos pegar “esse dia”, “essa semana”... Pra fazer essa capacitação aqui, que eu vou te citar! A exemplo do... TELELAB, certo? Que foi ano passado, que agora é preconizado para as pessoas privadas de liberdade o teste fluido oral, de HIV fluido oral. [...] E aí, a gente teve o TELELAB, que foi uma capacitação online e a gente, depois, teve um encontro presencial pra firmar aquela prática, entende? Aí, teve essa capacitação com os profissionais de ensino superior das equipes pra tá fazendo esse tipo de procedimento nas unidades, que é o que tá sendo preconizado agora - esse teste fluido oral. Se deu positivo, aí faz o confirmatório com o de sangue. E aí, dando positivo, você envia pro Hospital Clementino Fraga, que no caso, é a referência pra fazer o CD4-carga viral. [...] Algumas palestras educativas também... E... É... Ano passado a gente fez também... [pausa]. E a gente fez também uma oficina de saúde mental ano passado, né? Iniciou... É... Reiniciou essa discussão entre saúde mental e sistema prisional aqui com parceria também da Coordenação de Saúde Mental, e... Foi com os profissionais de saúde! A gente acabou fazendo essa discussão (Coordenação do Eixo Saúde Prisional da SES, Entrevista Nº 02).

A gente tem... São ações, em alguns momentos, individualizadas de acordo com a área. [...] Em sua grande maioria, são para a equipe como um todo, só que cada um

entendendo a sua particularidade. Mas, como a gente vê essa questão da multidisciplinaridade das ações, então, a grande maioria são capacitações onde a equipe toda participa. Mas, há as capacitações também com foco específico à atuação de cada profissional, mas em sua grande maioria são macro, pra toda a equipe (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Conforme se pôde perceber, existe certa incongruência nos discursos entre as Secretarias e os profissionais em campo, no que concerne à oferta de capacitações. De um lado os profissionais confirmam a existência de oferta dos cursos – ainda que menos frequentes no momento atual. Em contrapartida, diante de seu tempo de atuação no Sistema Penitenciário, apontam quase que por unanimidade a inexistência de formações direcionadas a suas áreas específicas.

O que se identifica, diante disto, é que quando realizadas, as capacitações possuem um enfoque maior destinado à área da enfermagem, deixando considerável lacuna na formação dos demais campos de atuação, a exemplo da psicologia e odontologia. Tal aspecto não significa que os profissionais estejam em situação de despreparo com relação a suas funções exercidas no interior do PSP do Maria Júlia – até porque, cada qual, relatou seu empenho em buscar participar de formações continuadas em instituições externas ao Sistema Penitenciário.

Mas, o dado revela que, apesar das Secretarias sinalizarem a busca pela oferta de cursos que objetivem integrar toda a equipe de profissionais, a iniciativa apresenta falhas no que se refere ao atendimento das necessidades e demandas específicas dos profissionais, que merecem destaque por estarem intimamente ligadas ao fazer profissional cotidiano, na ponta da execução da política de saúde.

Ainda com relação a este assunto, a profissional Médica, enquanto relatara acerca de suas participações em cursos de capacitação ofertados pelo Distrito Sanitário local, sinalizou a necessidade e importância da articulação – que inexiste no campo prático - entre as Secretarias e a Rede de Atenção Municipal, na qual o PSP do Maria Júlia está inserido. Tal aspecto, por sua vez, aparece através da seguinte fala:

Assim, até procurei pra saber tudo... Porque eu acho, na minha opinião, que deve ter uma articulação da Secretaria com o Distrito Sanitário a qual nós pertencemos. Porque aqui, o presídio, é um equipamento social, né? Um equipamento social de saúde, um equipamento social dentro do Distrito Sanitário que eu acho que deveria ter um engajamento da Gerência com o Distrito Sanitário pra a gente, profissional da saúde, participar dos cursos que são promovidos pelo Distrito Sanitário, que é o Distrito do Município de João Pessoa, gestão Municipal. Que eu acho que a gente poderia, porque não teria custo, não é? E a gente poderia se engajar, já que a gente faz parte do equipamento social do Distrito, do território. Então, eu acho que deveria ter isso (Médica, Entrevista Nº 04).

Conforme disposto na PNAISP, em seu artigo terceiro, através do inciso V é prevista a “corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território”. Todavia, o que se constata por meio da pesquisa em campo é uma discrepância entre as disposições legais e a realidade local vivenciada, conferindo aos profissionais e ao próprio Programa de Saúde Penitenciária a problemática de não serem reconhecidos pelo território.

Diante deste contexto, Jesus et al. (2013) detalha que ao se deparar com a dificuldade de reconhecimento territorial, o profissional da saúde torna-se fadado a traçar estratégias de resistência para atuar em seu espaço de trabalho, o que pode resultar numa ressignificação de seu local de atuação bem como dos próprios princípios do SUS. Junto a isso, o ato de “desintegração” dos serviços que deveriam ser articulados com o território municipal por estar idealmente vinculado a ele, acaba por reforçar a lógica de segregação estabelecida entre prisão-sociedade.

Nesse sentido, Sarreta (2009), por seu turno, elucida que,

[...] A gestão compartilhada da saúde requer um processo de responsabilização entre os três níveis de governo e da própria equipe, ou seja, quem é responsável por qual situação e qual o papel de cada profissional e da equipe no cotidiano. Requer, do mesmo modo, a definição de prioridades estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. A implementação do SUS demonstra o compromisso com a gestão compartilhada, priorizando a saúde local e regional (p. 91).

Na contramão de tal premissa, ocorre que não apenas tem sido negado aos profissionais do PSP o acesso aos cursos de capacitações ofertados pelo Distrito Sanitário local, especificamente, conforme levantado outrora pela profissional Médica; mas também, ao deixar de fora da articulação aos bens e serviços de saúde que deveriam estar sendo partilhados junto a uma Unidade Básica de Saúde exterior à instituição, a população privada de liberdade acaba sendo desassistida da atenção municipal. Dessa maneira, as dificuldades aqui mencionadas são reforçadas por meio das seguintes falas:

[...] Infelizmente os municípios ainda insistem em tornar a população prisional invisível, né? Apesar de eles estarem no território de uma determinada equipe de saúde da família e, portanto, deveriam também sendo assistidos por eles, ainda há uma discussão dos municípios de que pela população prisional estar sob a tutela do estado, eles não compreendem a população prisional como responsabilidade deles. Porém, é importante salientar que o SUS preconiza que a atenção básica é de responsabilidade do município e, por mais que essas pessoas estejam privadas de liberdade, elas continuam sendo municipais. E, sendo assim, elas são contabilizadas

no senso do IBGE, que é um dos mecanismos que são responsáveis pela captação de recursos pelo quantitativo de recurso repassado pelo Ministério da Saúde pros Municípios. Então, o município recebe, de acordo com aqueles munícipes, pra que ele possa prestar assistência à atenção básica. Então, ele recebe por aquele apenado, porém ele não dá o retorno da atenção. Então, isso ainda é uma problemática, ainda é uma discussão e que a política eu acho que vem pra tentar auxiliar nessa discussão, apesar de ainda e gente ta com muita dificuldade pra essa discussão. [...] A partir de várias discussões, de várias interlocuções, que a coordenação de saúde fez [...], a gente tem conseguido a trazer o município, pelo menos à reflexão – porque eu não posso afirmar que ta 100%, de jeito nenhum – mas, à reflexão de que essas mulheres privadas de liberdade, elas são cidadãs e, como tal, elas precisam ser recebidas à rede de atenção. [...] E a gente identificou que, em alguns momentos, o gestor, ele não tem essa compreensão, ou ele é até sensível a prática, mas o profissional que está na ponta não tem e esse profissional que está na ponta, ele age de forma contrária à política do próprio município. Então, já teve situações que o profissional que estava na ponta, ele se nega a fazer o atendimento quando não é uma orientação da gestão municipal (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Às vezes, um profissional na ponta da um direcionamento diferente do que é preconizado toda a instituição. Então, tem esse tipo de dificuldade da população privada de liberdade, existe sim. Por conta de que a gente vive numa sociedade que é muito preconceituosa. Que chega um preso lá e todo mundo tem medo. [...] Claro, têm profissionais que estão preparados para atender essa demanda, [...] mas, também tem muitos despreparados para atender, que podem ficar com medo, que podem se negar... Isso existe. E aí, sempre a gente ta tendo que fazer pactuações com serviços também... [...] Tem algum problema? Tem que ir lá conversar com o serviço, tem que ir lá pactuar com o serviço (Coordenação de Saúde Penitenciária da SES, Entrevista Nº 02).

Outro detalhe que merece destaque, diante do que foi exposto, é que mesmo com a iniciativa por parte das Secretarias de tentar estabelecer um vínculo aproximativo entre os serviços de saúde internos e externos aos muros da prisão, existe o entrave decorrente do preconceito disseminado na sociedade acerca da prestação de serviços destinados a um indivíduo em comprimento de pena privativa (que, pela lógica excludente, não deveria possuir um direito de tal ordem).

A saúde vem como um direito, na garantia de um direito mesmo, porque a pessoa que ta ali dentro, na verdade, ela foi cerceada da liberdade dela. E não, da questão do direito à saúde, do direito à educação, direito ao trabalho... Então, existe toda essa gama de direitos, e foi retirada apenas a questão da liberdade, mas não os outros direitos dessa pessoa. E muitas pessoas acabam vendo o cárcere como uma forma de punição. Que só a liberdade às vezes já não basta, né? A gente tem essa visão na sociedade como um todo. Que ali é como uma forma realmente... Não basta prender só pra punir. Muita gente acha que “ah, meu Deus tem a equipe de saúde pra preso?”. “Chegam com preso no hospital e ele acaba tendo prioridade”. Mas isso, por conta de escolta que ta lá, de um possível resgate. Por conta de segurança. “Ah, meu Deus, me algeme aqui, pra eu passar na frente de todo mundo...” (Coordenação de Saúde Prisional da SES, Entrevista Nº 02).

A despeito disso, cabe sinalizar que a marca indelével fixada na vida das pessoas que passam pela prisão confere a elas uma sucessiva negação de direitos que não é imposta tão

somente quando retornam ao convívio em sociedade, mas que se faz presente desde o primeiro momento em que adentram ao Sistema, durante o seu período de cumprimento da pena, já que a prisão lhe proporciona um “estigma”.

Assim sendo, segundo Goffman (2004, p. 4-5),

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias [...]. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real [...].

Ainda é possível reiterar, com base em Gomá (2004) que a prisão, uma vez que funciona como um elemento impulsionador da exclusão, contribui com o processo de intensificação das vulnerabilidades vivenciadas constantemente pelos indivíduos que nelas estão e isto pode resultar na reafirmação da negação de direitos sociais, pobreza, baixo incentivo à escolarização e qualificação profissional, dentre outros fatores. Este aspecto, por sua vez, deve ser encarado como mais um incentivo que implique no reforço a necessidade de implementação e efetivação de políticas inclusivas, sobretudo, o fortalecimento da política social de saúde relacionada à população prisional.

3.4.5. Percepção da saúde vinculada ao processo de ressocialização

As falas dos profissionais, de modo geral, foram coletadas com base na indagação de que modo, a partir das atribuições de cada profissional, eles estariam contribuindo para o processo de ressocialização. Foi importante constatar que existe uma noção de que a promoção à saúde faz parte do processo de ressocialização, como descreve as falas seguintes:

É o que eu gosto de dizer, independente e ser reeducanda ou não: “um sorriso abre portas” [risos]. Então, quando elas chegam aqui, que eu consigo fazer alguma coisa pra melhorar, é muito gratificante. Então, eu acho que quando elas saírem acaba que é mais fácil de até se conseguir um emprego porque, infelizmente, o visual ainda é muito avaliado (Cirurgiã Dentista, Entrevista Nº 05).

Eu acho que... O processo, assim... A saúde pode contribuir com o processo de ressocialização das reeducandas, principalmente, é... Elas, assim... Introjetando dentro delas que elas são sujeitos ativos da sua saúde. Então, assim, quando elas

saírem daqui, e elas forem, né, voltarem para as suas casas, voltarem para as ruas, elas terem a ideia de que elas são sujeitos ativos da sua ressocialização. Não ficar só esperando pelo Estado, não ficar só esperando pelas instituições, entendeu? Então, eu acho que a ressocialização é possível, sim, eu acredito demais! Principalmente, se elas se virem como cidadãs, sabe? Não perderem a cidadania. Porque muitas aqui chegam achando que não são nada, que são lixo, que não valem de nada, que errou (Médica, Entrevista Nº 04).

Por outro lado, constatou-se que, mesmo havendo uma compreensão dessa relação saúde-ressocialização, os profissionais enfrentam em campo dificuldades que não apenas impactam no seu fazer profissional, mas também incidem diretamente sobre a qualidade de vida das reeducandas:

É, no meu ponto de vista, como eu já vivo falando lá, desde a primeira questão né? É... A gente encontra dificuldade com a ressocialização... Vou citar só um exemplo, hoje em dia no Julia Maranhão a gente faz campanha entre a gente, os profissionais, para conseguir absorvente para as essas reeducandas. Isso é uma questão de quem promover? Né? A questão... Acho lá da ressocialização... Então, a gente queria uma contrapartida da ressocialização, que elas se aproximassem mais da gente, procurassem ver das equipes de saúde as dificuldades que a gente tem para trabalhar junto com a ressocialização... Trabalhar junto pra dar... Proporcionar, é... Como é que se diz...? Bem-estar para essas reeducandas (Enfermeira, Entrevista Nº 03).

Na fala exposta acima, apresentou-se um aspecto contrastado entre os esforços pessoais dos trabalhadores da saúde e as inviáveis condições enfrentadas no cotidiano de trabalho da equipe de saúde. Assim, emerge-se também a problematização de que o fato de haver a inserção de uma equipe multidisciplinar numa unidade prisional e subsidiar atendimentos cotidianos não significa viabilizar o direito à saúde, quando se entende que apenas estes fatores não são suficientes para a promoção de tal, mediante a escassez de materiais, recursos financeiros, etc.

A despeito disso, sintetiza-se que,

A reflexão sobre o campo de saúde no sistema prisional [...] se abre inevitavelmente para as ciências sociais e políticas, pois a deterioração das condições de vida de contingentes imensos da população aglomerados nas cidades (e, no caso, nas cadeias), levanta questões que exigem respostas mais amplas que a definição apenas biológica da doença não consegue explicar. A crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania e a contrapartida de que a saúde também é tema de interesse político-social reafirmam este ponto de vista. A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões, que, em sua definição mais ampla, está associada à oferta de uma abordagem integrada de assistência médica, pedagógica, jurídica e laboral aos detentos, favorecendo a inclusão social (DAMAS, 2012, p. 19-20).

O processo de ressocialização, por sua vez, está intimamente ligado à noção de incentivo ao exercício da cidadania, à medida que se compreende esta como um conjunto de

direitos que concedem ao indivíduo a oportunidade de participação ativa no seu contexto social. A não participação ou negação de uma pessoa à sua inserção neste processo significa uma marginalização e exclusão desta na tomada de decisões e participação ativa da vida social, conforme sinaliza Dallari (1998).

Cabral et. al (2014), reitera que os aspectos que configuram o contexto da vivência no sistema prisional não se reduz apenas ao modo de funcionamento da prisão, com suas imposições de regras e condutas. Mas, principalmente, com as condições sociais, econômicas, culturais, familiares, escolares que constituíram o indivíduo durante o trajeto de sua vida. E estes aspectos ainda se articulam com as interfaces que se (re) produzem quando adentram ao contexto carcerário: compreensões, ignorâncias, sociabilidade, violência, etc. Neste sentido, as políticas públicas aparecem como mais um aspecto que irá se relacionar com as variáveis já citadas, através das iniciativas de vão desde a educação até a assistência social, religiosa, bem como à saúde.

Todas as ações que nós temos feito, né, ele tem o intuito da garantia do direito à pessoa privada de liberdade. Eu acho que no momento em que, como eu te disse, a gente identificou pessoas... Falei só com relação a gestantes que nunca utilizaram a rede de atenção para fazer o pré-natal. Mas, na verdade, a gente tem pessoas dentro do sistema que nunca foram a um dentista. E a primeira vez em que sentaram na cadeira do dentista e fizeram uma avaliação bucal foi dentro do sistema, né? E com relação a varias outras pessoas, a gente tem identificado dentro do sistema pessoas hipertensas que nunca foram a um médico ou nunca buscaram... Pra diabéticos também. Então, todo esse processo se iniciou dentro do sistema. Eu acho que isso é, acima de tudo, enxergar e mostrar pra esse indivíduo, pra essa mulher, especificamente, no Maria Julia, que elas são cidadãs. Então, no momento em que você assegura o acesso dessa pessoa à saúde, você ta, acima de tudo, provando e mostrando pra ela que ela é uma cidadã, que independente do delito que ela cometeu – e ela está lá pra pagar por isso, e isso nunca vai ser discutido – mas ela ta sendo enxergada como uma cidadã e que precisa ter seus direitos assegurados, né? E a humanização no trato, o trabalho de acolhimento que é realizado, isso tudo fomenta no indivíduo, além do resgate da autoestima, mas, acima de tudo, o resgate do indivíduo enquanto ser que precisa, né, ser enxergado dentro do contexto social, né? [...] Então, a saúde é um dos vetores necessários e que tem contribuído pro resgate dos valores e, acima de tudo, pro resgate da cidadania das pessoas, das mulheres privadas de liberdade no estado. Eu insisto que é apenas um dos vetores, né? Aliado a todo um processo de humanização, de educação, né, da tentativa da inclusão dessas mulheres é... Na... No mercado de trabalho, através de cursos profissionalizantes, através dos acompanhamentos psicológicos e sociais. Então, assim, é um conjunto de ações que tem buscado, efetivamente, o resgate dessa pessoa privada de liberdade, né? O resgate dele enquanto cidadão pra, futuramente, a inclusão dessa pessoa de volta à sociedade (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Assim, a promoção à saúde aparece como um aspecto essencial para consolidar o processo de reintegração social das internas do Sistema Prisional, mesmo sendo detectadas falhas institucionais, rotineiras e de gestão que dificultam a viabilização de tal processo.

3.4.6. Articulações com a Rede de Atendimento

Neste trabalho, entende-se por intersectorialidade o conceito apresentado com base em Schutz e Miotto (2010), que a caracterizam como uma forma de superar a fragmentação dos serviços prestados, por meio do estabelecimento de uma complementariedade de setores, de modo a constituir o que se denomina trabalho/articulação em rede.

Assim sendo, a intersectorialidade constitui uma das diretrizes prevista no artigo 4º, inciso V da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, objetivando contribuir para uma gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde. Sá e Silva (2009), por sua vez, reflete que este mecanismo tornou-se importante não apenas por conta da inserção simbólica das equipes multidisciplinares nas instituições penais, mas também por reafirmar a necessidade de interlocução entre o sistema carcerário e a sociedade.

Isto é, conforme sua percepção, o mecanismo de ligação intersectorial representa o estabelecimento de um diálogo mais aproximativo entre o cárcere e a rede de serviços de saúde externos aos muros da prisão, além de uma interação maior entre as pessoas privadas de liberdade, os seus familiares e a comunidade local. Trata-se da iniciativa de inclusão da população reclusa em outros serviços de saúde, prestados à população como um todo, contribuindo, inclusive, para o exercício da cidadania.

Tendo isso em vista, quando entrevistados a respeito do estabelecimento da articulação em rede com outros setores, foram obtidas seguintes informações através dos profissionais:

Na parte de saúde mental, é... A articulação maior é com o CAPS³³ e com o PPF³⁴, né? No caso, quando a gente tem pacientes com transtorno mental severo a gente encaminha pra o PPF, lá elas passam por uma avaliação psiquiátrica (Psicóloga, Entrevista Nº 06).

Quando a gente não tem como atender aqui, a gente tem uma articulação estadual que é com o Centro de Especialidades, mais conhecido como “COCA³⁵ de Cruz das Armas”. Então, quando elas estão com urgência de muita dor que só a medicação não resolve e tem que ir pra algum canto, o primeiro local de opção é o COCA. Só que é um local muito longe e como a gente tem dificuldade com carro e escolta, acaba que fica por aqui mesmo. Quando é de extrema urgência e não vai pro COCA,

³³ Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS.

³⁴ Penitenciária de Psiquiatria Forense – PPF.

³⁵ Centro Odontológico de Cruz das Armas – COCA.

eu faço algumas articulações com as dentistas daqui do CAIS³⁶ de Mangabeira ou do CEO³⁷ da Torre e elas conseguem fazer essa colaboração. Mas, não, também não é nada fixo. Não é se chegar aqui pedindo um atendimento, vai ser levado. Não tem como. A direção mesmo já disse “só sai se for de extrema urgência ou caso de morte” (Cirurgiã Dentista, Entrevista Nº 05).

Então, existe, institucionalmente, um fluxo. Por exemplo, pra onde a gente encaminha uma pessoa que tá com dor abdominal, que a gente tá suspeitando de um cálculo na vesícula? Então, a gente já sabe que o fluxo é encaminhar para o Edson Ramalho, Hospital Edson Ramalho. Então, eu faço o encaminhamento por escrito, referenciando o paciente e a gente passa para a Assistente Social e fala com a Direção porque aí vai depender de veículo. Uma das dificuldades que a gente tem aqui é o veículo. Certo? (Médica, Entrevista Nº 04).

Nós temos aqui parceria com a Maternidade Cândida Vargas, certo? Com a [Maternidade] Frei Damião, com o [Hospital] Edson Ramalho... Temos também com os PSF's, certo? Então, quando a gente não consegue por aqui, a gente liga e entra em contato. Faz articulação também com a Coordenação de Saúde, que elas também tem parceria com a... Com o CAPS! E... A gente entra em contato, né? Entra em contato também com a Direção para a marcação de exames ou para algum procedimento de saúde, alguma coisa... A gente agenda diretamente com a Direção do presídio para que possa facilitar escolta, viatura, tudo... Para quando for no dia e na hora, a gente estar com tudo providenciado para dar assistência a elas (Assistente Social, Entrevista Nº 08).

Por meio das falas apresentadas, é possível denotar que os profissionais inseridos na equipe do PSP possuem contatos externos de modo a buscarem, na medida do possível, estabelecer um vínculo com a rede. Internamente, percebe-se que há uma articulação entre eles no que concerne ao encaminhamento dos serviços para outros setores da instituição e, quando necessário, para setores externos a ela.

Basicamente, foi demonstrado que a articulação com a rede passa quase sempre pelo setor do Serviço Social, o qual fica com a tarefa de articular contato com a Direção da Unidade e/ou com Instituições fora dela. Faz-se necessário compreender que o setor do Serviço Social, nesse contexto, muitas vezes pode ser confundido como um mero instrumento para encaminhamentos burocráticos, conforme discorre Pontes (2011), o que pode resultar numa inversão de funções relacionadas aos princípios e objetivos da profissão.

Ainda é possível perceber que o principal entrave imposto (além do que já foi discutido anteriormente sobre a desassistência do Sistema Penitenciário por parte do território municipal e o estigma sofrido pelas reeducandas) diz respeito à dificuldade de encaminhamento de serviços – sobretudo, de pacientes – para a rede de atendimento externa, por conta da indisponibilidade de escoltas e veículos penitenciários³⁸.

³⁶ Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS.

³⁷ Centro de Especialidade Odontológica – CEO.

³⁸ Na entrevista realizada junto à Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, também foi detectado que, além dos entraves já mencionados pelos profissionais, existe também a dificuldade de marcação de exames ou encaminhamento para os serviços da rede, por conta da ausência de documentação das reeducandas.

Outro aspecto a ser destacado se refere ao diálogo existente entre os profissionais em campo e os gestores, na comunicação de impasses e dificuldades que se apresentam no seu cotidiano profissional, o que pode ser encarado como ponto positivo já que demonstra um exercício de *feedback* dado entre o âmbito da execução da política, a partir dos profissionais, para o do planejamento, representado por meio das Secretarias.

A intersetorialidade estabelecida a partir da política de saúde, por outro lado, também se articula no âmbito do Planejamento da Política, conforme se pode identificar através das falas representantes das Secretarias:

Olha, os parceiros a gente tem aqui [na Secretaria de Estado de Saúde] tanto a Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde que são muito parceiras; a coordenação de DST/AIDS [...] Que ela está muito atenta a essas questões, a questão da sífilis. [...] A gente fez agora a parceria com uma ONG de testagem rápida no Júlia, no Róger, no Silvio Porto que são os [presídios] mais populosos [...] E outro [parceiro] é o CEDC que é especializado em diagnóstico do câncer [...] Então além de algumas coordenações da Secretaria de Saúde, tem esse Centro Especializado em Diagnóstico do Câncer que ele é, assim... Um grande parceiro nosso. Por quê? Porque se eu fosse tirar cada mulher pra fazer um citológico, a gente nunca ia conseguir fazer na população inteira. Porque tem a questão de tirar, tem a questão de escolta... Tem a questão de chegar no serviço, ser atendido pelo serviço. [...] Então, a enfermeira faz a coleta na unidade prisional. Ou então, quando a demanda é muito grande, eles dão o apoio lá de outra profissional para ajudar a gente a fazer... E a enfermeira faz, pega a coleta, leva pro CEDC e o CEDC faz a análise de todas as nossas lâminas... Com, acho que menos de uma semana, a gente ta com o resultado. Mas ele é eficiente – eu vejo – acho que para toda a população mesmo. E aí, ele dá o resultado pra gente, a gente vai lá pegar; vê as que precisam de tratamento... E todas elas, que precisavam de tratamento, todas – sem nenhuma exceção- foram tratadas pelo CEDC. Todas agendadas, todas tratadas. Então, eles têm realmente esse olhar sensível na questão de marcar um horário pra gente, ta entendendo? (Coordenação do Eixo Saúde Prisional da SES, Entrevista Nº 02).

A gente tem a pactuação com a rede de atenção que é a Rede Cegonha [...] É um Programa Nacional do Governo em parceria com o estado – que a gente aderiu. Todo Programa é lançado pelo Ministério e cabe ao estado aderir e passar a seguir as normas e diretrizes. Então, a Rede Cegonha vem recursos, né? Recursos Plus dos exames realizados de ultrassonografia, de testagem rápida [...] Então, tem um Plus que a gente não recebe por essa dificuldade de ta já trabalhando na política. [...] Ela [reeducanda gestante] vai, concorrer na rede a realizar a ultrassonografia obstétrica, que é importante no pré natal e... Dependendo do tipo do parto, que por ser do sistema prisional é considerado de alto risco, que a maioria delas usam drogas... É toda uma questão, né? Aí, elas vão pra uma maternidade de alto risco, que no caso aqui tem a Frei Damião e a Cândida Vargas. São as duas, né? E a gente ta, no momento, buscando implantar um Convênio – que [...] é um projeto, um convênio que foi colocado e a gente se inscreveu, encaminhou o projeto e foi aprovado – Materno-infantil – que traz equipamentos, capacitações pra aquelas profissionais, para que trabalhem de forma melhor com as gestantes e com as crianças do Materno-infantil. [...] A gente tem uma parceria também com o Ministério Público com relação ao Projeto Nome Legal. O que é o projeto Nome Legal? A gente tem muitas crianças hoje que ainda não tem o nome do pai na sua Certidão de Nascimento, né? E o Ministério Público criou um programa que é nacional, denominado Nome Legal, que tenta fazer esse fomento de inclusão do nome dos pais na Certidão de Nascimento pra que possa dar uma identidade melhor a essa criança. Então, a gente criou essa parceria com o Ministério Público e aí, é feito o

levantamento na unidade prisional... E aí, há a busca desses pais, né? O projeto funciona, mais ou menos, no primeiro momento, de escuta, de localização desse pai... Desse suposto pai. É feita a escuta e aí, se ele assumir, já sai de lá a mãe, já sai de lá a criança com o nome do registro e a inclusão do pai. Quando o pai se nega a assumir, então o Ministério Público notifica para que seja realizado o exame de paternidade, né, o DNA, que é realizado lá no Hemocentro... E, a partir daí, dando positivo, o Ministério Público, obrigatoriamente, ele tem que assumir a paternidade de seu filho. Então, é uma ação social que tem acontecido dentro das unidades prisionais (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Conforme se pode apreender, no âmbito do planejamento das ações da política, voltadas para sua implementação, existe um trabalho de articulação em rede realizado internamente entre os eixos de coordenação da Secretaria de Saúde do Estado, os quais integram ações e serviços entre si de modo dialogado, a exemplo do “Eixo de Saúde da Mulher”, “Eixo de Saúde Mental” e “Eixo de Saúde Penitenciária”. Externamente, foi creditado o protagonismo de ONGs, no que se refere ao diagnóstico de DSTs; e o Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer, no que diz respeito ao suporte dado, especificamente, a unidade do Maria Julia para diagnóstico e tratamento de casos de câncer.

Já a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária sinalizou pactuações com programas governamentais, a exemplo da mencionada “Rede Cegonha”, a qual permite uma atenção mais especializada à mulher gestante e seus bebês; e também o firmamento de uma parceria com o Ministério Público, a fim de possibilitar a localização e posterior reconhecimento da figura paterna nos registros dos filhos (das gestantes reeducandas), denominando “Projeto Nome Legal”.

Importante salientar que apesar de algumas dificuldades que impossibilitam, em alguns casos, o vínculo com a rede de atendimento externa a unidade – e que merece empenho em busca de superação de tais adversidades -, é possível identificar um esforço em integrar serviços multidisciplinares – que costumam acontecer entre profissionais e a rede de atenção externa; Secretarias com parceiros; e entre os próprios trabalhadores da saúde e gestores da política – possibilitando o exercício da intersetorialidade.

3.4.7. Avaliação e Monitoriamento da Política de Saúde no CRFMJM

Por fim, chega-se a um momento fundamental necessário à implementação da PNAISP: a avaliação e o monitoramento dos serviços e ações planejados no âmbito da gestão e executados em campo. Conforme indica Barbosa et. al (2014), este nível do processo ao qual passa a política é de suma importância por considerar a estrutura, o processo de trabalho

e satisfação dos usuários, buscando o aprimoramento da atenção à saúde – o que é imprescindível para as etapas do planejamento e gestão da política.

A PNAISP (2014), em seu Art. 18 prevê que o monitoramento e a avaliação “dos serviços, das equipes e das ações de saúde serão realizados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça por meio da inserção de dados, informações e documentos nos sistemas de informação da atenção à saúde”. Outra disposição legal referente à avaliação dos serviços no âmbito da saúde diz respeito ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), o qual objetiva “avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da suas realidades, em suas diferentes dimensões, na busca da resolubilidade e qualidade” (2015, Art. 2).

Neste sentido, as informações coletadas por meio das entrevistas apontam para uma “co-participação” das Secretarias e interação com os profissionais do setor de saúde no CRFMJM, Direção da unidade e, principalmente, usuários dos serviços, como se pode observar a seguir:

A gente faz um acompanhamento, inclusive, também de escuta tanto das usuárias como também da direção da unidade com relação à postura e condição dos profissionais. Inclusive, no ano retrasado e no ano passado nós realizamos algumas alterações de profissionais, justamente por essa avaliação. Nessas avaliações, a gente conseguiu constatar que, infelizmente, essas pessoas não estavam com um perfil adequado... [...] Há questões muito particulares dentro do sistema. Infelizmente, trabalhar em sociedade não é a mesma coisa que trabalhar dentro do sistema. Dentro das unidades prisionais há rotinas específicas, há posturas que precisam ser adotadas também. A cautela no trato, não é? Tem que haver uma sensibilidade também no olhar... Então, algumas pessoas, em algum momento desvirtuaram de suas condutas, não corresponderam a essa postura adequada de profissional dentro do sistema prisional e foram substituídos. E como é que a gente faz? A gente faz um acompanhamento periódico - a coordenação faz – a gente demanda... A gerência demanda à coordenação que faça esse acompanhamento. Mas, aqui, inclusive eu especificamente em alguns momentos faço a discussão com a direção das unidades e, sempre que eu vou até às unidades, eu sempre que converso com os reeducandos, eu pergunto por quê. E aí, nunca na frente dos profissionais e, às vezes, nem perto da direção, né? Pra que... Quando a gente leva uma outra pessoa, as pessoas às vezes se sentem intimidadas a falar, mas quando sozinhas, a gente conseguiu uma relação, minimamente, de confiança e que hoje elas já conseguem relatar. Então, elas e eles, num contexto geral. Mas aí, quando eles relatam, é algo a ser observado, não a ser tomado como verdade, mas algo a ser observado, ser acompanhado e, a partir daí, a gente ter uma avaliação mais precisa pra que a gente possa tomar uma atitude. Mas, já aconteceu da gente identificar essas posturas não condizentes com o profissional dentro do sistema e, nesses momentos, há a substituição desses profissionais (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

O monitoramento... Se os serviços estão sendo prestados, no momento, o que é que a gente faz? A gente trabalha no sentido de produção. Então, o profissional que tá lá, ele tem uma produção... Ele tem um... Tanto o prontuário da pessoa que tá lá presa,

como também ele tem os relatórios que tem que enviar para a coordenação, para a gente ver. Então, às vezes você vai notar a diferença, por exemplo, de um mês como fevereiro para março, entendeu? Por quê? “Ah, fevereiro tem um feriado de carnaval e março já não tem”. E aí, o bom desses relatórios é que você pode comparar, por exemplo, quantas basiloscopias foram feitas no mês de fevereiro, quantas foram feitas em março, quantas foram feitas em abril. Se tiver uma diferença muito grande, “o que foi que aconteceu de um mês para outro”? “Tem alguma coisa diferente?”. Então, a gente busca monitorar dessa forma, através de relatório, de produção. [...] Aqui, a gente acaba tendo um trabalho mais quantificado. Quando a gente faz as visitas *in loco* é para ver a qualidade realmente do que ta sendo prestado. Então, a gente tem muito contato com enfermeira, com a dentista, com a médica... [...] Por exemplo, se está tendo uma dificuldade lá... [enfermeira]: “[SIC] a gente ta tendo uma dificuldade, eu queria que você viesse aqui...”. Até para a gente direcionar a equipe... Então, a gente vai... Tem eu e tem [SIC] que é da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. Então, a gente vai na unidade prisional, a gente conversa com a equipe... “Quais são as dificuldades?” “O que é que a gente pode fazer?” [...] A própria [gerente executiva de ressocialização] também é muito presente. É um trabalho dialogado até mesmo com a própria equipe. [A enfermeira] me liga quase todos os dias. Então, tem um problema assim maior? Vamos ver como é que a gente vai resolver, certo? Então assim, não tem um período “X” que eu diga “vamos hoje nas unidades”. Não! É da necessidade nossa e deles. Tem algum problema? Às vezes o diretor “Ta tendo um probleminha e eu queria que tu ‘viesse’ aqui”. Então, a gente vai, vê, faz uma conversa com a equipe... Às vezes, faz uma conversa com a direção. Então, é muito da necessidade deles e da gente. É tanto que toda semana, a gente ta em unidade (Coordenação de Saúde Penitenciária da SES, Entrevista Nº 02).

Ainda é possível reiterar, por meio das falas precedentes, que o trabalho de avaliação das ações de saúde e monitoramento dos serviços prestados é dado de modo quantitativo, por meio do acompanhamento da produção dos profissionais; e também, de forma qualitativa, através da emissão de relatórios, bem como de conversas informais com as usuárias, de modo a consultar acerca das suas percepções sobre os atendimentos prestados. Junto a isso, destacou-se também acerca da participação ativa dos familiares das reeducandas neste processo. Entretanto, relatou-se que em algumas situações são encontrados alguns entraves referentes à dificuldade de interlocução, conforme se observa na fala seguinte:

Inclusive, também, nas ações que a gente faz junto aos familiares, a gente conversa também com o familiar porque o familiar ta sempre dando apoio na questão à adesão a tratamento, do que precisa... Então, a gente também tem esse contato com os familiares. [...] Em alguns momentos, eles vêm até aqui, na verdade. A Gerência de Ressocialização é uma porta aberta, né, pra escuta dos familiares. Em alguns momentos, há uma dificuldade de interlocução com as direções das unidades, então, a gente faz esse trabalho de escuta, de atendimento, quando necessário, de encaminhamento né? E também de orientação. [...] Então, algumas situações nos chegam através dos familiares aqui na Gerência. [...] Em alguns momentos, a gente vai pra lá e faz reunião com a equipe toda pra gente saber, inclusive, na maioria das vezes, o que são apontadas são as dificuldades, né, do cotidiano. E aí, nessa escuta, a gente tenta buscar e viabilizar mecanismos que facilite, principalmente, essa interlocução, né? Não só... A gente faz essa interlocução com a rede, mas em alguns momentos a gente também faz o papel de interlocução entre a equipe de saúde e a própria direção da unidade. Então, é necessário que sempre haja essa discussão também, que às vezes muda a direção ou muda alguns agentes e alguns agentes que

chegam não têm uma visão de que é necessário assegurar a garantia de direito às pessoas privadas de liberdade. Então, acaba causando dificultador da equipe ao acesso das pessoas privadas de liberdade nos pavilhões, nas celas... Então, é necessário, também, fazer esse acompanhamento pra que a gente possa também mediar essas relações e minimizar os conflitos complexos (Gerência Executiva de Ressocialização da SEAP, Entrevista Nº 01).

Em parte, como o relatado, o problema também está na descontinuidade da forma de prestação dos serviços pela necessidade de seguidas negociações a fim de que a oferta destes serviços não seja obstruída ou limitada em virtude, por exemplo, de constantes alterações nos quadros funcionais. Estabelecer rotinas e formas institucionais de atendimento, mesmo se por modelos burocráticos e impessoais, ainda é um desafio para a modernização do Sistema Penitenciário brasileiro, mas seria importante no sentido de assegurar a continuidade das ações demandadas por políticas públicas que visam o atendimento da população encarcerada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme sintetiza Lemgruber (1983, p. 123), “diz-se que a pena-prisão tem basicamente quatro objetivos: reformar, retribuir, incapacitar e deter. No entanto, tais objetivos resultam conflitantes e, dentre eles, o único que a prisão consegue realizar é o de retribuir, ou seja, meramente punir”. Com base nisso, por tudo o que foi exposto ao longo deste trabalho, percebe-se que a viabilização de direitos – sejam eles de qualquer ordem – no interior de uma unidade prisional passa por dificuldades que podem ser consideradas ainda maiores, se comparadas à esfera extramuros.

Viabilizar o acesso a um direito para uma pessoa privada de liberdade não raro se confunde com a ideia de dar “regalias”, “vida boa” ao chamado “delinquente”, condenado por “desumanidades” cometidas à sociedade. Por vezes, a noção de garantia de direitos se confunde com a ideia de “benesses”. Quando não, isto é, em situações nas quais se chega a defender a legitimidade de dispor de condições dignas à vida interna, os esforços de operacionalização dos serviços esbarram em falhas de ordem política, rotineira, institucional e até mesmo gestacional. Neste sentido, Lermen et. al. (2014, p. 919) lembra que “o pensamento meritocrático, vinculado ao cidadão trabalhador e somado a um sistema prisional falido em sua função de ressocialização, faz com que muitas das ações que visam atingir a população prisional encontrem resistências para a sua real efetivação”.

Indo além, a busca pela efetivação de uma política pública de saúde direcionada ao âmbito carcerário significa um ponto de resistência diante de um movimento político e social travado pela política criminal da cena contemporânea no sentido de penalização máxima dos indivíduos marginalizados. Assim, o direito à saúde penitenciária se “equilibra” na corda bamba sustentada por um lado, pelo processo de fragilização assistencial e instauração da neutralização e “descarte” dos indivíduos; e, por outro, pela busca da reafirmação de direitos sociais, entendendo o trato humanizado como um pilar necessário ao processo de reintegração social.

Cabe reconhecer que a articulação feita entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, inicialmente estabelecida com a adesão ao PNSSP e posteriormente reafirmada com a implementação da PNAISP, implica em esforços direcionados à contramão da lógica repressiva e policialesca presentes na “tolerância zero”. A inserção de uma equipe multiprofissional nas unidades prisionais, o reconhecimento e cobertura da população privada de liberdade ao atendimento do SUS, a busca pelo fortalecimento da ideia de trato

humanizado num cenário comumente hostil, dentre outras garantias dadas a partir da normatização e busca pela operacionalização de ações e serviços de saúde são uma grande conquista no que se refere ao processo de construção da cidadania das pessoas reclusas.

Por outro lado, a partir das informações coletadas por meio da pesquisa de campo, entende-se que a noção de promoção à saúde não se deve esgotar tão somente em possuir profissionais especializados, salas de atendimento, nem tampouco uma equipe multiprofissional completa “à disposição” de uma unidade prisional.

Ainda que o primeiro passo tenha sido dado por meio da adesão ao PNSSP e recentemente à PNAISP no estado da Paraíba, resultando-se na implantação de uma unidade de atenção integral à saúde no interior do Maria Júlia, necessita-se atentar para outros fatores sem os quais se torna inoperante viabilizar o acesso das pessoas privadas de liberdade a uma saúde humanizada: garantia de medicações necessárias a manutenção do tratamento, disponibilidade de escoltas e viaturas para o encaminhamento a outros níveis de prestação de serviços, condições dignas de trabalho para os profissionais e oferta de cursos de capacitação continuada especializados, disposição de espaço necessário para a realização das ações, dentre outros fatores.

A lógica do “se vira como pode” constatada como presente no cotidiano da equipe multidisciplinar do PSP no CRFMJM é algo que merece devida atenção. À medida que se percebe o empenho dos profissionais desde a busca por doações de medicamentos e materiais de higiene, até a iniciativa de subsidiar seus atendimentos com recursos próprios, assinala-se uma crescente desresponsabilização por parte do Estado no que se refere à gestão de recursos financeiros e materiais necessários à manutenção da PNAISP.

Por fim, não se ignora aqui a consciência de que a transição do Plano para a Política seja recente e as estratégias de gestão das ações e prestação de serviços ainda embrionários. Compreende-se também que não há possibilidade de se dispor de um serviço de qualidade, num ambiente minimamente estruturado, mas desconectado do contexto social. A articulação com a rede de atendimento externo ao ambiente prisional faz-se imprescindível não apenas no sentido de compartilhar e encaminhar ações de saúde em combate aos agravos recorrentes à população privada de liberdade.

Mas, este nível de articulação também implica o estabelecimento de um vínculo entre sociedade/prisão necessário ao combate das barreiras do estigma e ao exercício da cidadania das pessoas privadas de liberdade, no sentido de serem incluídas a fim de que haja uma integração maior à conscientização da promoção e prevenção de ações de saúde na sociedade em geral.

Depois, mais uma vez aqui, demonstra-se o quanto é fictício o isolamento proposto pelas prisões. Afinal, esta ruptura e separação entre a sociedade e as pessoas encarceradas, estabelecida na norma e pelas instituições penitenciárias, torna-se insustentável quando observada sobre algumas perspectivas. Entre elas, a perspectiva da saúde pública e do controle de doenças e agravos epidêmicos, porque, neste aspecto (como em vários outros), a prisão não limita a propagação social dos males ali produzidos. Daí o necessário envolvimento de toda a rede de saúde, observando as pessoas encarceradas como sujeitos e parte do público geral a ser atendido, torna-se imprescindível para o sucesso das políticas de prevenção e erradicação de determinadas incidências que agravam as condições de saúde, tanto nas prisões como no tocante à população em geral.

Por tudo o que foi ponderado, infere-se que há esforços no âmbito do planejamento, execução e monitoramento na experiência de implementação da Política de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) no âmbito da Paraíba, especialmente endereçada ao Centro de Reeducação Feminino Maria Julia Maranhão, em busca da reafirmação do direito à saúde por parte do contingente prisional, ainda que se constate por meio dos relatos que tal aquisição siga (in)diretamente sendo negada aos seus usuários, especialmente diante de falhas, descontinuidades e impasses impostos ao ambiente prisional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera Regina P. A construção dos conflitos agrários como criminalidade. In.: SANTOS, Rogério Dutra dos. (Org.). Introdução crítica ao estudo do sistema penal: elementos para a compreensão da atividade repressiva do Estado. Florianópolis: Diploma Legal, 1999.

_____. A soberania patriarcal: o sistema de justiça criminal no tratamento da violência sexual contra a mulher. Revista Sequência, Florianópolis, ano XXV, n. 50, pp. 71-102, Jul, 2005.

_____. Pelas mãos da criminologia: o controle penal para além da (des) ilusão. Rio de Janeiro: Revan; ICC, 2012.

ANISTIA INTERNACIONAL. Informe 2014/15: O estado dos Direitos Humanos no Mundo. Anistia Internacional Brasil: Rio de Janeiro/ RJ, 2015. Disponível em: <<https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Informe-2014-2015-O-Estado-dos-Direitos-Humanos-no-Mundo.pdf>> Acesso em: 29 Jan 2016.

BALDISSARELLA, Francine Lúcia Buffon. Teoria da prevenção especial. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 85, fev 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9013>. Acesso em 25 Nov. 2015.

BARATTA, Alessandro. Princípios de derecho penal mínimo. Para una teoria de los derechos humanos como objeto y limite de la ley penal. Doctrina Penal, Buenos Aires, n. 40, p. 623-650, 1987.

_____. Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal: introdução à sociologia do Direito Penal. 6 Ed. Janeiro: Editora Revan: ICC, 2011.

BARBOSA, M.L.; CELINO, S. D. M.; OLIVEIRA L. V.; PEDRAZA D. F.; COSTA, G. M. C. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(4) Out-Dez 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0586.pdf>> Acesso em: 03 Jul 2016.

BAUMAN, Zygmunt. Globalização: as conseqüências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BECCARIA, Cesare Bonesana. Dos Delitos e das Penas. 1ª Ed, Trad. Paulo M. Oliveira. Bauru, São Paulo: Edipro, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. O Brasil em Contra-Reforma. 1ª Edição. São Paulo. Cortez. 2003.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: Fundamentos e história, 1ªed. – São Paulo: Cortez, 2006. (biblioteca básica do Serviço Social; v.2).

BELLINHO, L. A. Uma evolução histórica dos Direitos Humanos. s/i. Disponível em: <<http://www.unibrasil.com.br/arquivos/direito/20092/lilith-abrantes-bellino.pdf>>. Acesso em: 19 Dez. 2015.

BITENCOURT, Cesar Roberto. Falência da Pena de Prisão: Causas e Alternativas. São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. Tratado do Direito Penal: Parte Geral I. 21 Ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 7.210 de 11 de Julho de 1982. Lei de Execuções Penais. Brasil. Brasília, DF: Senado, 1984.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Plano Nacional de saúde no sistema penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20%C3%A9nicas%202013/NT%2033-%202013%20Poli%CC%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>> Acesso em: 03 Mai. de 2016.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_10_anos_politica_nacional_humanizacao.pdf> Acesso em 01 Jul de 2016.

_____. _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 28, de Janeiro de 2015. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html> Acesso em: 12 Jul de 2016.

_____. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de informações penitenciárias: INFOPEN, junho 2014. Brasília, Ministério da Justiça, 2015.

_____. CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. A visão do Ministério Público brasileiro sobre o sistema prisional brasileiro. Brasília: CNMP, 2013. Disponível em: <http://www.cnmp.gov.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Sistema%20Prisional_web_final.PDF> Acesso em: 10 Out. 2015.

BRAVO, Maria Inês. Serviço Social na Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 4 ed: Rio de Janeiro. Cortez, 2011.

BUGLIONE, Samantha. A mulher enquanto metáfora do Direito Penal. Revista Jus Navigandi, Teresina, Ano 5, n. 38, 1 jan. 2000. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/946>>. Acesso em: 04 fev. 2016.

BUSTOS RAMIREZ, Juan; HOMAZÁBAL MALARÉE, H. Pena y Estado. In: Bases críticas de un nuevo Derecho Penal. Bogotá: Temes, 1982.

CABRAL, R. P.; SANTANDER JOO, C. U.; SILVA, A. V. Políticas Públicas de Reintegração Social do Sistema Penitenciário na Região Metropolitana do Estado de Goiás: A percepção do Egresso. 8º Encontro da ANDHEP, Grupo de Trabalho 12: Políticas Públicas e Direitos Humanos. Faculdade de Direito, USP, São Paulo, SP, 2014. Disponível em: <http://www.encontro2014.andhep.org.br/resources/anais/1/1397604716_ARQUIVO_RESUM_O_COMPLETO_ANDHEP_RUTH_CABRAL_GT12.pdf> Acesso em: 13 Jul 2016.

CANCELLI, Elizabeth. A cultura do crime e da lei. Brasília, Universidade de Brasília, 2001.

CARDOSO, Maria Cristina Vidal. As assistências previstas na Lei de Execução Penal: uma tentativa de inclusão social do apenado. Ser Social. Brasília, v. 11, n. 23, p. 106-128, 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/win/Downloads/174-866-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/win/Downloads/174-866-2-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 13 Jun. 2016.

CARVALHO FILHO, L. F. A prisão. São Paulo: Publifolha, 2002.

CHIAVERINI, Tatiana. Origem da Pena de Prisão. São Paulo, 2009. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC. São Paulo, 2009. 120p.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, CFESS (org). Ética e Direitos Humanos. 2ª Ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2007.

CORTINA, Monica Ovinski de C. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. Estudos Feministas. Florianópolis, 23 (3):761-778, Set/Dez, 2015.

DALLARI, D. Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo: Moderna, 1998.

DAMAS, F. B. Assistência e Condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 6-22, dez. 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/148/177>> Acesso em: 09 jul 2016.

DIAS, Jorge de Figueiredo. Questões fundamentais do direito penal revisitadas. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

DIUANA, V.; Lhuillier, D.; SÁNCHEZ, A.R.; AMADO, G.; ARAUJO, L.; DUARTE, A.N; GARCIA, M.; MILANEZ, E.; POUBEL, L.; ROMANO, E.; LAROUZÉ, B. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 24 (8), 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800017> Acesso em: 30 de Junho de 2016.

DORNELLES, J. R. W. O que são Direitos Humanos? São Paulo: Brasiliense, 2006.

DURKHEIM, E. O suicídio. Estudo de Sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ENGUITA, Mariano F. A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ESPINOZA, Olga. A prisão feminina desde um olhar da criminologia crítica. *Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias*, 1(1): 35-59, Jan/Dez, 2002. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/98749865/A-Prisao-Feminina-Desde-Um-Olhar-Criminologia-Feminista#scribd>> Acesso em: 03 Fev. 2016.

_____. A mulher encarcerada em face do poder punitivo. São Paulo: IBCCrim, 2004.

FERLA, Luis Antonio Coelho. Feios, sujos e malvados sob medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945). São Paulo, 2005. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo. São Paulo, Jan de 2005. 379 p.

FERRAJOLI, Luigi. Direito e razão: teoria do garantismo penal. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

FERRI, Enrico. Sociologia Criminal. Sorocaba, SP: Editora Minelli, 2006.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, V. 13, n. 3, p. 30-35, set-dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300004&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 03 Jul. 2016.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 40. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FRANÇA, Marlene Helena de Oliveira. Violência, tráfico e maternidade: um estudo sobre mulheres encarceradas. João Pessoa, 2013. Tese de Doutorado – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, 2013. 266p.

GALEANO, Eduardo. O livro dos abraços. Trad. Eric Nepomuceno. - 9. ed. - Porto Alegre: L&PM, 2002.

GARLAND, David. A Cultura do Controle: crime e ordem social na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5 Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1961.

_____. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. Ed. 2004. Disponível em: <<http://www.se-rj.com.br/IBMR/TEXTOS%20IBMR/institucional2011sem01noite/ESTIGMA.pdf>> Acesso em: 01 Jun. 2016.

GOMÁ, R. Processos de Exclusão e Políticas de Inclusão Social: Algumas Reflexões Conceituais. In: BRONZO, Carla Ladeira Carneiro; COSTA, Bruno; LAZZAROTTI, Diniz (Org.). *Gestão Social: o que há de novo?* Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.

GUEDES, Marcela Ataíde. Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. *Psicologia: ciência e profissão*. [online]. Vol.26, n.4, p. 558-569. ISSN 1414-9893, Brasília: 2006. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400004>
Acesso em: 13 Jul. 2016.

HASSEMER, Winfried. Introdução aos fundamentos do Direito Penal. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed, 2005.

_____. Direito Penal: Fundamentos, Estrutura, Política. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed, 2008.

HULSMAN, Louk; DE CELIS, Jacqueline Bernat. Penas perdidas: O sistema penal em questão. 1º Ed. Rio de Janeiro: Luam, 1993.

HUMAN RIGHTS WATCH. Relatório Mundial 2015: Brasil, eventos de 2014. New York, NY, 2015. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/world-report/2015/country-chapters/268103>> Acesso em: 29 Jan de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais”. Revista SER social, Brasília, v.15, n. 33, p261-384, jul. / dez. 2013.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz K.; LERMEN, Helena Salgueiro. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. Aletheia [online], n.41, pp. 39-52, 2013.

KILDUFF, Fernanda. O controle da pobreza operado através do sistema penal. Revista Katál. Florianópolis v. 13. N. 2. P. 240-249. Jul./Dez. 2010.

LEMGRUBER, Julita. Cemitério dos vivos: análise sociológica de um prisão de mulheres. Rio de Janeiro-RJ: Achiamé, 1983.

LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CÚNICO, S. D.; JESUS, L. O. de. Saúde no Cárcere: políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [3]: 905-924, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00905.pdf>> Acesso em: 26 Jun 2016.

LOMBROSO, Cesare. O Homem Delinquente. São Paulo: Ícone, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MELOSSI, Dario; PAVARINI, Massimo. Cárcere e Fábrica: as origens do sistema penitenciário (séculos XVI – XIX). 2 Ed. Rio de Janeiro: Editora Revan: ICC, 2006.

MERTON, Robert K. Teoría y Estructura Sociales. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.

MESSUTI, Ana. O tempo como pena. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOLINA, Antonio García-Pablos de. Criminologia. 4 Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

MUÑOZ CONDE, Francisco. Direito Penal e Controle Social. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. 1. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, Luciano. Relendo “Vigiar e Punir”. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflitos e Controle Social. – Vol. 4 – Nº 2 – ABR/MAI/JUN, 2011. P. 309-338.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de; NATAL, Sonia; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2015, vol.31, n.3, pp. 543-554. ISSN 0102-311X.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol & Almeida. Epidemiologia & Saúde. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999.

PANTONI, Roberta Alessandra. As finalidades da pena a partir de uma concepção contemporânea do Direito Penal: O funcionalismo moderado. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XI, n. 54, jun 2008. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2789>. Acesso em fev 2016.

PERROT, Michelle. Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PONTES, Reinaldo Nobre. Mediação e Serviço Social. 7ª Ed. - São Paulo: Cortez, 2010.

PRODANOV, Cleber Cristiano. Metodologia do Trabalho Científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RE, Lucia. Carcere e globalizzazione: Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa. Laterza & Figli Spa, Roma-Bari, 2006.

RECH, C. M. F. Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito? São Paulo, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

RIBEIRO DE OLIVEIRA, L. M. Crime é “coisa de mulher”: identidades de gênero e identificações com a prática de crimes em posição de liderança entre mulheres jovens na cidade de Recife/PE. Recife, 2012. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 29 de Mai 2012. 179 p.

ROSSEAU, Jean-Jacques. O contrato social. São Paulo, Martins Fontes, 1989.

ROXIN, Claus. Sentidos e limites da pena estatal. In: Problemas fundamentais de Direito Penal. Lisboa: Vega, 1998.

_____. Derecho penal: parte general- Fundamentos. La estructura de la teoría del delito. 2. ed. Madrid: Civitas, 2008.

RUCSHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. Punição e Estrutura Social. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Revan: ICC, 2004.

SÁ E SILVA, F. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, A. B. et. al (Org.). O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/ UnB, 2009.

SALLA, Fernando. As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. Revista Sociologias. Porto Alegre, Ano 8. Nº 16, jul/dez 2006, p. 274-307.

SANCHES, Samira H. Dal Farra N. Os direitos humanos como fundamento do Minimalismo penal de Alessandro Baratta. In: ANDRADE, Vera Regina P. de. Verso e reverso do controle penal: (dês) aprisionando a sociedade da cultura punitiva. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2002.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>> Acesso em: 30 de Junho de 2016.

SANTORO, Emilio. Políticas Penais democráticas e respeito as Direitos Humanos:o cárcere como instrumento de ditadura da classe privilegiada. Verba Juris, Ano 5, n. 5, jan./dez. 2006.

SANTOS, Juarez Cirino dos. Direito Penal: parte geral. 3 Ed – Curitiba: ICPC; Lumen Juris, 2008.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade. V. 15, Nº. 2, p. 71-99, jul/dez, 1995.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. 2010. Disponível em: < http://www.ucpel.tche.br/revista_soc_debate> Acesso em 05 de Junho de 2016.

SOARES, Luiz Eduardo; GUINDANI, Miriam. A violência do Estado e da Sociedade no Brasil contemporâneo. Revista Nueva Sociedad. Nro 208, Mar/Abr, 2007.

TRINDADE, José Damião de Lima. História Social dos Direitos Humanos.3ªed. - São Paulo: Peirópolis, 2011.

VIEIRA, Adriana Dias. Cárcere e democracia no Brasil: notas para um debate. Jura Gentium - Rivista di filosofia del diritto internazionale e della politica globale, s/i, 2010. Disponível em: <<http://www.juragentium.org/topics/latina/pt/dias.htm>> Acesso em: 29 Jan de 2016.

VON LISZT, Franz. La idea de fin en el Derecho Penal. México, Universidad Autónoma de México, 1994.

WACQUANT, Loic. Forjando o Estado Neoliberal: trabalho social, regime prisional e insegurança social. In: BATISTA, Vera Malaguti (org.). Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

_____. Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ZALUAR, Alba. Teoria e prática do trabalho de campo. Alguns problemas. In: CARDOSO, Ruth. A aventura antropológica. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa trata a política de saúde direcionada a mulher no cárcere estando intitulada como “**A saúde no âmbito prisional feminino: análise acerca da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no contexto de João Pessoa/PB**” e é desenvolvida pela pesquisadora Shirleny de Souza Oliveira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista.

O objetivo principal do estudo é analisar as condições da implementação de ações e serviços de saúde ofertados e desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar do Programa de Saúde Penitenciária (PSP), em especial, definidos no contexto atual da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) e direcionados à população do Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão (CRFMJM) na cidade de João Pessoa / PB.

Ademais, os objetivos específicos se referem à caracterização dos impasses e possibilidades de atuação da equipe multiprofissional do PSP no CRFMJM; investigação das ações relacionadas à atuação da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, conjuntamente com a Secretaria do Estado de Saúde no contexto do planejamento e monitoramento da política de saúde aplicada à penitenciária feminina; averiguação de como o gestor tem trabalhado as disposições da PNAISP na referida unidade prisional.

Com isso, a finalidade deste trabalho é contribuir por meio da coleta de dados e de análises reflexivas, para o trabalho de profissionais da área, estudiosos interessados pela temática, bem como para a sociedade, de um modo geral.

Informa-se que sua participação na pesquisa é de caráter voluntário e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou se resolver posteriormente desistir da participação, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

Assim sendo, solicita-se sua colaboração para participar de uma entrevista norteadas por um roteiro semi-estruturado e gravada em equipamento de áudio para posterior transcrição, contendo perguntas pertinentes ao tema abordado. Além disso, é também de suma

importância sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos de Direitos Humanos e áreas afins e para publicá-los em periódicos de natureza semelhante.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Ressalta-se que a pesquisa não oferece grandes riscos, exceto a existência da pequena probabilidade de se provocar certa situação de desconforto para o entrevistado, à medida que serão questionados aspectos concernentes ao seu cotidiano de trabalho profissional.

Em todas as etapas da pesquisa serão fielmente obedecidos os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Ademais, pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos, riscos e benefícios decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de 2016

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Pesquisador (a) Responsável: Shirleny de Souza Oliveira

Fone: (83) 9-9921-6538 /E-mail: oliveirashirleny@gmail.com.

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas – CCHLA / UPFB. Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos – NCDH. Campus Universitário. Central de Aulas – Bloco B. Fone (83) 3216-7468. Email: ppgdh.ufpb@gmail.com. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa/PB – CEP 58.059-900.

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I. Endereço: Universitário, S/N. Bairro: Castelo Branco. UF: PB. CEP: 58.051-900. Município: João Pessoa. Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO A SER APLICADO JUNTO À
GERENTE EXECUTIVA DE RESSOCIALIZAÇÃO DA SEAP

1. De modo geral, como se caracteriza a atuação da Gerência de Ressocialização - GER no sistema penitenciário paraibano?
2. Historicamente, que estratégias vêm sendo traçadas pela GER para implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade e por meio de que iniciativas esta tem desenvolvido as ações de saúde no Maria Júlia Maranhão?
3. De que modo você acha que a promoção à saúde pode contribuir com o processo de ressocialização das reeducandas?
4. A GER possui articulações para promover a saúde da mulher reclusa com algum parceiro? Se sim, quais seriam as entidades envolvidas neste processo e que tipo de atividades são empreendidas?
5. Como se dá a avaliação continuada dos serviços ofertados e desempenho dos profissionais de saúde no Maria Júlia Maranhão?
6. Existem entraves enfrentados para promover uma atenção especializada à saúde da mulher comparada ao público das unidades masculinas? Quais?
7. Após as etapas do planejamento e execução, como funcionam as estratégias de monitoramento das ações e serviços de saúde no Maria Júlia?

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO A SER APLICADO JUNTO À
COORDENADORA DO EIXO SAÚDE PENITENCIÁRIA DA SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE-SES

1. De modo geral, como se caracteriza a atuação da Secretaria de Estado de Saúde no sistema penitenciário paraibano?
2. Historicamente, que estratégias vêm sendo traçadas pela SES para implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade e por meio de que iniciativas esta tem desenvolvido as ações de saúde no Maria Júlia Maranhão?
3. De que modo você acha que a promoção à saúde pode contribuir com o processo de ressocialização das reeducandas?
4. A SES possui articulações para promover a saúde da mulher reclusa com algum parceiro? Se sim, quais seriam as entidades envolvidas neste processo e que tipo de atividades são empreendidas?
5. Como se dá a avaliação continuada dos serviços ofertados e desempenho dos profissionais de saúde no Maria Júlia Maranhão?
6. Existem entraves enfrentados para promover uma atenção especializada à saúde da mulher comparada ao público das unidades masculinas? Quais?
7. Após as etapas do planejamento e execução, como funcionam as estratégias de monitoramento das ações e serviços de saúde no Maria Júlia?

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO A SER APLICADO JUNTO
AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA EQUIPE DO PSP NO MARIA JÚLIA
MARANHÃO

1. Profissional da equipe multidisciplinar do PSP / Maria Júlia:
 - a) Médico ()
 - b) Enfermeiro ()
 - c) Odontólogo ()
 - d) Psicólogo ()
 - e) Assistente Social ()
 - f) Auxiliar de Enfermagem ()
 - g) Auxiliar de consultório dentário (ACD) ()
2. De que forma, a partir das atribuições da sua profissão, você acha que contribui para promover uma saúde humanizada nesta unidade?
3. Que ações corriqueiras você costuma adotar para controlar e/ou reduzir os agravos de saúde mais frequentes na população dessa unidade? (quais agravos mais frequentes, na sua percepção?)
4. Você costuma participar de cursos de capacitação continuada? Com que frequência?
5. De que modo você acha que a promoção à saúde pode contribuir com o processo de ressocialização das reeducandas?
6. Como funciona e em que casos ocorrem articulação com a rede (demais serviços de assistência, saúde e educação)?

7. Avaliação das condições do PSP pelos profissionais da equipe

- **Infraestrutura** (prédio, sala de atendimento)
Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo () Não sabe opinar ()
- **Recursos tecnológicos** (computadores, máquinas, equipamentos)
Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo () Não sabe opinar ()
- **Recursos materiais** (insumos, medicamentos, materiais educativos)
Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo () Não sabe opinar ()
- **Articulação com os outros profissionais da unidade**
Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo () Não sabe opinar ()
- **Satisfação com as condições de trabalho**
Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo () Não sabe opinar ()

ANEXOS

ANEXO I

**Termo Institucional da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária para
viabilização da pesquisa****GOVERNO
DA PARAÍBA**

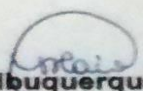
www.paraiba.pb.gov.br

**SECRETARIA DE ESTADO DA
ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA****TERMO INSTITUCIONAL**

João Pessoa, 07 de Abril de 2016.

Tendo lido e estando de acordo com a proposta, a Gerência Executiva de Ressocialização da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária autoriza a realização do projeto de pesquisa de mestrado intitulado "A SAÚDE DA MULHER SOB CUSTÓDIA: ANÁLISE ACERCA DA EFETIVIDADE DAS DIRETRIZES DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE PENITENCIÁRIA EM JOÃO PESSOA/PB", que será desenvolvida pela mestrand **Shirleny de Souza Oliveira**, CPF nº 090.212.614-80, sob orientação do Prof. Dr. **Gustavo Barbosa de Mesquita Batista** CPF nº 001.246.274-80.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução CNS 196/96, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia do relatório para a referida Secretaria.


Zioelma Albuquerque Maia
Gerente Executiva de Ressocialização
Matrícula: 172.170-4

Gerência Executiva de Ressocialização - SEAP
Centro Administrativo Integrado do Governo do Estado
Avenida João da Mata, s/n - Bloco II, 5º andar - Jaguaribe.
CEP. 58.019-900 - João Pessoa/PB.
Fone: 83 3218.4468

ANEXO II**Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 20/10/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A SAÚDE NO ÂMBITO PRISIONAL FEMININO: ANÁLISE ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE NO CONTEXTO DE JOÃO PESSOA/PB”**, da pesquisadora Shirleny de Souza Oliveira. Prot. nº 0623/16. CAAE: 59860016.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do relatório final do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB